

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Bem-Estar Psicológico e Estratégias de *Coping* em Adolescentes  
com e sem Obesidade**

**Marta Filipa Cardoso Rosa**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa**

**2016**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Bem-Estar Psicológico e Estratégias de *Coping* em Adolescentes  
com e sem Obesidade**

**Marta Filipa Cardoso Rosa**

**Dissertação Orientada pela Professora Doutora Luísa Bizarro**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa**

**2016**

## Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à professora Luísa Bizarro pela sua disponibilidade, compreensão e apoio em todo este trabalho de investigação. Os seus conhecimentos e conselhos foram essenciais para a realização desta tese.

A todos os adolescentes que participaram e contribuíram para que este estudo fosse mais rico, o meu mais sincero obrigada.

A toda a minha família por me terem dado forças e motivação durante estes longos meses, um obrigada não chega. À minha mãe, por ser a minha pessoa. Ao meu papi, por me incutir, com carinho, que “se fosse fácil já estava feito”. À minha irmã, por lutar tanto por mim e ser incansável - és a melhor. Ao meu irmão e ao meu cunhado, pelas tentativas infrutíferas de me acalmarem nos piores momentos. À minha cunhada, por me ouvir pacientemente e me dar sempre um ombro amigo.

À minha sobrinha, por me fazeres lutar por um mundo melhor para ti.

Ao Mateus e ao Sebastião, por todo o amor e carinho que me deram, e principalmente por me acalmarem quando mais precisava.

Às minhas maravilhosas colegas de casa, pelas frigideiras (Cé), pelos jantares de família, pelas conversas pela noite dentro e por acreditarem em mim e me darem força para continuar.

Aos meus colegas de curso, por todos os momentos bons que partilhámos e por todas as experiências que vivenciámos. À minha Sue, que me acompanhou desde sempre e foi o meu grande apoio durante estes cinco anos. À Bea, que apesar de ter sido só um ano, contou por uma vida – obrigada por me acalmares e acreditares em mim, és top. A todas as outras amigas que ouviram os meus desabafos e me deram força – principalmente à Patrícia, à Catarina, à Raqui e à Nadine.

Aos meus amigos do coração, porque mesmo não se podendo fazer planos, estão sempre lá. À Eve e à Sara, por terem sempre uma palavra amiga. Ao Edu, pela paciência e por ter sempre algo positivo para me dizer. À Sara, por animar a minha vida.

À Dra. Elsa, por acreditar em mim e por me ter dado o apoio que eu precisava há muito.

À Bruna, pela paciência que teve comigo e por todo o apoio, acho que já conhece tão bem esta tese quanto eu.

À avó Brisa, ao avô Chico e à Flávia, por serem os meus anjinhos.

## Resumo

A obesidade tem sido considerada como um dos grandes problemas da saúde pública em todo o mundo, cuja prevalência tem vindo a aumentar nas crianças e adolescentes, nas quais as consequências a curto e longo prazo não são simplesmente físicas, mas também psicossociais. Em Portugal, estima-se que 15% dos jovens apresentam obesidade e 21% estão no nível de pré-obesidade (Viveiro, Brito, & Moleiro, 2015). A relação deste conceito com o bem-estar psicológico e com as estratégias de *coping* ainda não foi suficientemente estudada, pelo que o objetivo principal desta investigação é o de se compreender a influência da obesidade no bem-estar psicológico e nas estratégias de *coping* numa população de adolescentes dos 12 aos 18 anos. A amostra foi assim constituída por 154 adolescentes, sendo que destes, 40 apresentavam excesso de peso. Os instrumentos utilizados para a recolha de dados nesta investigação foram a Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (Bizarro, 1999) e o brief COPE (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Os resultados obtidos permitem concluir que houve diferenças em algumas dimensões do bem-estar psicológico entre jovens com excesso de peso e jovens com peso normal. Verificou-se também que não existem diferenças significativas entre os jovens com peso normal e os com excesso de peso ao nível das estratégias de *coping* utilizadas.

Palavras-Chave: Obesidade; Bem-Estar Psicológico; *Coping*; Adolescência

## Abstract

Obesity has been considered as one of the big health problems in all of the world, whose prevalence has been increasing in children and adolescents, in which the short and long term consequences are not simply physical but also psychosocial. In Portugal, it is estimated that 15% of the youngers present obesity and 21% are overweight (Viveiro, Brito, & Moleiro, 2015). The relationship between this concept with psychological well-being and *coping* strategies has not been sufficiently studied, whereby the main objective of this investigation is to comprehend the influence of obesity on psychological well-being and on *coping* strategies in a population of adolescents from 12 to 18 years. The sample was constituted by 154 adolescents, and of these, 40 were overweight. The instruments used to collect the data in this investigation were the Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (Bizarro, 1999) and the Brief COPE (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). The results obtained conclude that there were some differences in some of the dimensions of the psychological well-being between overweight and normal weight adolescents. It was found, as well, that there were no significant differences in the used strategies of *coping* between adolescents with normal weight and overweight.

Key-Words: Obesity; Psychological Well-Being; *Coping*; Adolescence

## Índice Geral

1. Introdução.....	1
2. Revisão de Literatura.....	3
2.1. Obesidade.....	3
2.1.1. Definição de obesidade e prevalência.....	3
2.1.2. Etiologia da Obesidade.....	4
2.1.3. A Obesidade na infância e na adolescência.....	8
2.1.3.1. Definição e Prevalência.....	8
2.1.3.2. Métodos de Avaliação da Composição Corporal.....	9
2.1.3.3. Fatores de risco.....	10
2.1.3.4. Consequências.....	12
2.1.3.5. A imagem corporal e o excesso de peso.....	15
2.2. Bem-Estar.....	17
2.2.1. Constructo de Bem-Estar.....	17
2.2.2. Bem-Estar subjetivo.....	18
2.2.3. Bem-Estar Psicológico.....	19
2.2.4. Modelo Cognitivo-Comportamental-Desenvolvimentista.....	22
2.2.5. Bem-estar psicológico na infância e na adolescência.....	24
2.2.6. Bem-Estar e Obesidade.....	24
2.3. <i>Coping</i> .....	27
2.3.1. Conceptualização do <i>coping</i> .....	27
2.3.2. Evolução do conceito.....	29
2.3.3. Estratégias de <i>Coping versus</i> Estilos de <i>Coping</i> .....	32
2.3.4. <i>Coping</i> e Obesidade.....	35
3. Metodologia.....	38
3.1. Tipo de Investigação.....	38
3.2. Objetivos Gerais e Questões de Investigação.....	38
3.3. Instrumentos.....	39
3.3.1. Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA).....	39
3.3.2. Brief COPE.....	40
3.4. Amostra.....	42
3.5. Procedimentos.....	43

4. Resultados.....	44
4.1. Estudo dos instrumentos utilizados.....	44
4.1.1. Análise Fatorial, Análise de Consistência Interna, Análise Descritiva e Análise de Intercorrelações da Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA).....	44
4.1.2. Análise Fatorial, Análise de Consistência Interna, Análise Descritiva e Análise de Intercorrelações do instrumento Brief COPE.....	48
4.2. Análise do bem-estar psicológico.....	52
4.3. Análise das estratégias de <i>coping</i> .....	53
4.4. Análise das correlações.....	55
5. Discussão.....	58
5.1. Objetivo 1: <u>Analisar a estrutura fatorial e consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo</u> .....	58
5.2. Objetivo 2: <u>Avaliar e comparar o bem-estar psicológico de adolescentes com e sem obesidade</u> .....	60
5.3. Objetivo 3: <u>Avaliar e comparar as estratégias de <i>coping</i> de adolescentes com e sem obesidade</u> .....	62
5.4. Objetivo 4: <u>Compreender de que forma as diferentes variáveis dependentes no estudo se relacionam</u> .....	63
6. Conclusão.....	67
7. Implicações Clínicas.....	68
8. Limitações e investigações futuras.....	69
9. Referências Bibliográficas.....	71
10. Anexos.....	77

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Padrão fatorial do EBEPa (Rotação Varimaz normalizada).....	45
<b>Tabela 2.</b> Média, desvio-padrão e Correlações das Dimensões do EBEPa e do Índice Total de Bem-Estar Psicológico.....	47
<b>Tabela 3.</b> Padrão fatorial do Brief COPE (Rotação Varimaz normalizada).....	48
<b>Tabela 4.</b> Média, desvio-padrão e Correlações das Dimensões do Brief COPE .....	51
<b>Tabela 5.</b> Análise descritiva das dimensões de Bem-Estar Psicológico da EBEPa.....	52
<b>Tabela 6.</b> <i>Teste T</i> para as médias do índice de Bem-Estar Psicológico total para os grupos com peso normal e com excesso de peso.....	53
<b>Tabela 7.</b> <i>Teste T</i> para as dimensões de bem-estar psicológico para os grupos com peso normal e com excesso de peso.....	53
<b>Tabela 8.</b> Análise descritiva das dimensões de <i>Coping</i> do Brief COPE.....	54
<b>Tabela 9.</b> Análise descritiva das dimensões de <i>Coping</i> do Brief COPE para jovens com peso normal.....	54
<b>Tabela 10.</b> Análise descritiva das dimensões de <i>Coping</i> do Brief COPE para jovens com excesso de peso.....	54
<b>Tabela 11.</b> Teste de <i>Mann-Whitney</i> das dimensões de <i>Coping</i> relativamente ao peso.....	55
<b>Tabela 12.</b> Correlação de <i>Spearman</i> entre o índice de bem-estar psicológico total e as dimensões de <i>Coping</i> .....	56
<b>Tabela 13.</b> Correlação de <i>Spearman</i> entre as dimensões de bem-estar psicológico e as dimensões de <i>Coping</i> .....	57



## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Curvas de Crescimento dos 2 aos 20 anos.....	10
<b>Figura 2.</b> Frequência das idades da amostra.....	43

## Anexos

**Anexo A** - Folha de rosto dos questionários

**Anexo B** - Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA)

**Anexo C** - Brief COPE

**Anexo D** - Folha de consentimento informado para os Encarregados de Educação

## Abreviaturas

APN	Associação Portuguesa de Nutricionistas
IMC	Índice de Massa Corporal
EBEPA	Escala de Bem-Estar Psicológico
WHO	World Health Organization

## 1. Introdução

A obesidade é um conceito que tem vindo a emergir ao longo das duas últimas décadas, sendo considerada como uma nova doença crónica e constituindo um grave problema de saúde pública. Esta doença pode ser definida como uma doença crónica, multifatorial e multissistémica (Fonseca, 2008).

Estima-se que 95% das situações de excesso de peso tenham uma causa exógena ou nutricional, sendo os restantes 5% devido a causas endócrinas, hereditárias ou genéticas (Kosti, 2006; Wardle, 2005; citado por Sousa, 2011). Assim, pode ser descrito que para a maioria dos casos, a obesidade é o resultado de um desequilíbrio entre a ingestão energética e a atividade física (Viana, Santos, & Guimarães, 2008a).

Em Portugal, a prevalência da obesidade tem vindo a aumentar a um ritmo alarmante e em todas as idades, sendo que os valores para as crianças e adolescentes se situam nos 21% para a pré-obesidade e de 15% para a obesidade (Viveiro, Brito, & Moleiro, 2015).

A adolescência é um período crítico para o desenvolvimento da obesidade ou para comportamentos que predis põem para a obesidade, possivelmente devido ao fator psicossocial e às mudanças de comportamento que acontecem neste período (Dietz, 1994 cit. por Gomes, 2009). O impacto psicológico da obesidade nesta altura depende sempre da interação de competências psicológicas, variáveis biológicas e sociodemográficas (Andrade, 2014).

Para além disso, a obesidade nesta fase da vida é particularmente complexa dado que esta é um fator de risco para a saúde, estando associada a consequências físicas, económicas e psicossociais (Mourão-Carvalho, 2008; cit. por Gomes, 2009), como também a uma série de comorbilidades que se tornam particularmente preocupantes quando encontradas em crianças e adolescentes, devido às implicações para a sua saúde a longo prazo (Pereira, 2014).

A par da obesidade, os outros conceitos que serão também abordados nesta dissertação são o bem-estar e o *coping*. O bem-estar pode ser definido por um funcionamento e uma experiência psicológica ideal (Ryan & Deci, 2001). Este constructo pode ser enquadrado tendo em vista inúmeras teorias, modelos e correntes filosóficas, contudo, de acordo com Ryan e Deci (2001), existem essencialmente duas perspetivas teóricas de base do bem-estar, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico.

O bem-estar subjetivo pode ser definido pela compreensão da dimensão afetiva (felicidade) e da dimensão cognitiva (satisfação com a vida) da avaliação subjetiva que cada indivíduo faz das suas experiências de vida (Diener, 1984). Por outro lado, o bem-estar psicológico também pode apresentar várias dimensões consoante as perspetivas dos autores. Por exemplo, de acordo

com Ryff (1989), este pode ser definido por um modelo multidimensional, que apresenta seis dimensões que constituem o bem-estar, sendo estas a aceitação de si, os objetivos de vida, o domínio do meio, o crescimento pessoal, as relações positivas com os outros e a autonomia. Por outro lado, para Bizarro (1999, 2001) o modelo de bem-estar comporta diversas dimensões, tal como a cognitivo-emocional positiva, a percepção de competências, o apoio social, a ansiedade e a dimensão cognitivo-emocional negativa.

Na presente investigação iremos focar-nos na segunda visão de bem-estar, o bem-estar psicológico, analisando como é que a obesidade pode ter influência nos diferentes fatores que compõem o bem-estar psicológico.

O terceiro conceito que será abordado é o *coping*. Este pode ser definido como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizados por um indivíduo, com o objetivo de lidar com exigências específicas internas ou externas, numa situação de *stress* e que são percecionadas como sobrecarregando ou excedendo os seus recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984).

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o *coping* pode dividir-se segundo a sua orientação, ou seja, o *coping* pode ser focado no problema ou o *coping* pode ser focado na emoção. No que diz respeito ao *coping* focado no problema, haverá um esforço por parte do indivíduo no sentido de agir sobre a fonte de *stress*, procurando aumentar os seus recursos para lidar com a situação percebida. Por outro lado, o *coping* focado na emoção é direcionado no sentido de regular o estado emocional do indivíduo, de forma a controlar a resposta emocional que resulta do evento *stressor*.

Deste modo, poderemos entender o *coping* como um processo multidimensional, que é sensível às exigências e recursos do meio ambiente, assim como às características individuais de cada sujeito e que influenciam a avaliação do *stressor* e dos recursos disponíveis (Folkman & Moskowitz, 2004).

A investigação que relaciona o bem-estar psicológico e as estratégias de *coping* com a obesidade é escassa, por isso este estudo será do tipo exploratório. Desta forma, a presente investigação pretende explorar uma amostra de adolescentes com e sem obesidade e tem como objetivo compreender as relações entre o bem-estar psicológico, as estratégias de *coping* e a obesidade, tentando assim compreender se há alguma influência entre estes três fatores.

## **2. Revisão de Literatura**

### **2.1. Obesidade**

#### **2.1.1. Definição de obesidade e prevalência.**

O excesso de peso e a obesidade podem ser definidos como uma acumulação de gordura anormal ou excessiva que poderá apresentar um risco para a saúde (World Health Organization, 2015). Contudo, a quantidade de excesso de gordura, a sua distribuição no corpo e as suas consequências para a saúde variam consideravelmente entre cada indivíduo com obesidade (World Health Organization, 2000).

Segundo Gleitman, Fridlund e Reisberg (2009), a obesidade pode ser explicada como um peso do corpo que excede o valor médio, para uma determinada altura, em mais de 20 por cento. Segundo este critério, cerca de 35% das mulheres e 31% dos homens americanos com cerca de vinte anos são obesos. Em relação às crianças e adolescentes dentro deste critério para a obesidade, cerca de 25% dos mesmos encontra-se dentro desta condição.

A classificação da obesidade e do excesso de peso por categorias é importante por diversas razões, tais como: permitir que haja comparações com significado entre o estado do peso intra e inter populações; possibilitar a identificação dos indivíduos e grupos em risco de morbilidade e mortalidade; facilitar as prioridades de intervenção a níveis individuais e comunitários; e garantir uma base firme para avaliar as intervenções (WHO, 2000).

Uma medida que permite verificar se o sujeito apresenta esta condição é o Índice de Massa Corporal (IMC) (WHO, 2015). Este índice é usado para a classificação do peso corporal em adultos, que relaciona o peso com a altura. A fórmula deste índice é definida pelo peso do indivíduo (em quilogramas) dividido pelo quadrado da sua altura (em metros). Ou seja, o IMC é igual ao peso (kg) /altura (m)×altura (m). Aqui, o sujeito que apresentar um resultado entre 25 e 29,9 terá excesso de peso; de 30 a 34,9 terá obesidade de grau 1; de 35 a 39,9 deterá obesidade de grau 2 e com valores iguais ou superiores a 40,0 o indivíduo possuirá obesidade de grau 3 (Associação Portuguesa de Nutricionistas, s.d.).

Esta medida é útil para avaliar o excesso de peso e a obesidade, uma vez que é utilizada para ambos os sexos e para todas as idades nos adultos (APN, s.d.). Contudo, uma das limitações deste índice prende-se com o facto de este não nos indicar a percentagem de gordura corporal, o que o torna inviável para certas populações, tal como atletas de alta competição (APN, s.d.).

Existem outras medidas adicionais que permitem caracterizar mais detalhadamente o estado do indivíduo com obesidade, tais como métodos de medição da composição do corpo, determinação da distribuição anatómica da gordura do corpo e medição da ingestão de energia e do gasto energético. Contudo, o custo de tais técnicas e as dificuldades práticas envolvidas na aplicação destas limitam a sua utilidade para a investigação (WHO, 2000).

### **2.1.2. Etiologia da Obesidade.**

Existem diversas razões para uma pessoa se tornar obesa. Em alguns casos, a causa é uma condição somática, por vezes relacionada com fatores genéticos; noutros casos, é apenas uma questão comportamental. Perante isto, pode afirmar-se que, para algumas pessoas, a obesidade é claramente uma condição constitucional, contudo, para muitas outras, a sua causa provém apenas do seu comportamento (Gleitman et al., 2009). Estima-se que apenas 1 a 5% dos casos de obesidade sejam motivados por causas endógenas (causas genéticas ou endócrinas), sendo que os restantes 95 a 99% são motivados por uma causa primária ou exógena, justificada essencialmente por ingestão excessiva, quando comparada com o gasto energético do indivíduo (Sousa, 2011).

Uma hipótese que defende que a obesidade é modelada geneticamente é a hipótese do ponto fixo, segundo a qual há a possibilidade de haver uma pré-disposição do corpo para um determinado peso, ditada pela observação de que as pessoas obesas após cumprirem dietas rigorosas acabam por voltar ao seu peso anterior, imediatamente após o término da dieta (Gleitman et al., 2009).

Por outro lado, existem diversas hipóteses que apontam para o facto de a obesidade estar ligada a comportamentos, mormente o comer em excesso. Uma delas é a teoria da externalidade, que defende que as pessoas obesas não reagem tanto ao seu próprio estado interno de fome, sendo muito mais influenciadas por sinais provenientes do exterior. Ou seja, segundo esta teoria, as pessoas com obesidade tendem a estar mais atentas a sinais sensoriais da comida, como o cheiro e a aparência, comendo em maiores quantidades em função das características que mais lhes agradam, não necessariamente porque estão com fome (Schachter & Rodin, 1974, citado por Gleitman et al., 2009). Assim, ao contrário dos indivíduos com peso normal que comem em resposta a indícios internos, as pessoas com obesidade tendem a ser pouco sensíveis aos seus indícios internos e demasiado sensíveis aos externos (Ogden, 2004).

Rodin e Slochower (1976) explicitam também que as pessoas com obesidade estão geralmente menos responsivas a sinais internos de fome, estando mais atentas a sinais elicitados pela comida, que venham do exterior, tais como o cheiro e o gosto da mesma. Num

estudo conduzido por estes autores, os resultados indicaram que as crianças que exibiam maior responsividade a tais sinais ganhavam mais peso do que aquelas que tinham baixos níveis de externalidade.

Estudos recentes apontam para que esta resposta a estímulos externos relativos à comida possa ser considerada uma resposta aprendida. As pistas que acompanham a comida, bem como os estados afectivos e as cognições, podem ser condicionadas em indivíduos por condicionamento clássico para elicitar uma resposta fisiológica (Bouton, 2011; Jansen, 1994, 1998, cit. por Boutelle et al., 2014). Perante isto, Boutelle e os seus colaboradores (2014) propuseram um tratamento com crianças obesas em que tentavam extinguir a reactividade fisiológica e psicológica para com os estímulos alimentares através da exposição (Wardle, 1990, cit. por Boutelle et al., 2014). Após o estudo, os pais consideraram que o programa permitiu que os seus filhos conseguissem controlar mais facilmente o que comiam (Boutelle, et al., 2014).

Para além disso, outros trabalhos indicaram que esta resposta externa não está limitada a estímulos relacionados com a comida ou com o apetite, mas estende-se a diversos domínios do funcionamento, como a emotividade (Pliner, 1974; Rodin, Elman, & Schachter, 1974, cit. por Rodin & Slochower, 1976), o processamento da informação (Rodin & Slochower, 1976), a distratibilidade (Rodin, 1973, cit. por Rodin & Slochower, 1976) e a percepção do tempo (Rodin, 1975, cit. por Rodin & Slochower, 1976).

Em relação à emotividade, tem vindo a ser demonstrado que o estado emocional da pessoa afeta os seus comportamentos alimentares, sendo que as pessoas comem para que os sentimentos desagradáveis não estejam tão presentes, ou seja, as pessoas comem para que os sentimentos desagradáveis desapareçam e se sintam melhor (Christensen, 1993; Macht, Haupt, & Ellgring, 2005; Macht & Simons, 2000, cit. por Barthomeuf, Droit-Volet, & Rousset, 2008). Assim, segundo Barthomeuf e colegas (2008), os participantes obesos sentiriam mais emoções positivas (porque são mais sensíveis a estímulos externos) e mais emoções negativas (devido a restrições alimentares, depressão, medo de ganhar peso) para com a comida do que os participantes com excesso de peso ou com um peso normal.

No processamento da informação, Rodin, Herman e Schachter (1974) (cit. por Rodin & Slochower, 1974) perceberam que as pessoas com obesidade eram mais rápidas do que os sujeitos com um peso normal no tempo de reação a respostas múltiplas e que tinham uma memória melhor aquando da exposição de itens num slide. Isto deve-se ao facto de o sujeito com obesidade ser mais focado nos estímulos e por isso compreende mais facilmente estímulos



externos, o que leva a que as performances destes sejam superiores às dos indivíduos com um peso normal (Rodin, 1973, cit. por Rodin & Slochower, 1974).

Em termos de distratibilidade, os indivíduos com maior externalidade tendem a responder em maiores níveis a distrações auditivas, aquando de uma tarefa visual (Rodin, 1973, cit. por Ossher, 2014). Para além disso, diversos estudos demonstram que esta distratibilidade existe mais frequentemente em indivíduos com excesso de peso e obesidade, porque está relacionada com a externalidade que os obesos apresentam (Rodin, 1973, Schachter, 1971, cit. por Ossher, 2014).

Por último, a percepção do tempo é uma tarefa maioritariamente interna, estando associada a ritmos biológicos internos como o metabolismo (Francois, 1927; Hoagland, 1933, cit por Rodin, 1975). Assim, como as pessoas com obesidade não estão tão atentas a estímulos internos, no caso de não haver estímulos externos que registem a passagem do tempo, estas pessoas acabam por ser bastante imprecisas aquando das suas percepções da passagem do tempo (Rodin, 1975).

Posto isto, Rodin e Slochower (1976) afirmam que será de esperar que, quando um indivíduo que responde imenso a estímulos externos é exposto a um contexto alimentar novo ou diferente por algum tempo, o seu peso deverá ser afetado. Contudo, as pessoas externalizantes que irão aumentar de peso durante um longo periodo de tempo serão aquelas nas quais os seus mecanismos regulatórios não lhes permitem controlar o seu peso, não os inibindo de continuar a ganhar peso a longo prazo que resultou da prévia alteração do seu contexto.

Contudo, estudos mais recentes levantam dúvidas acerca desta hipótese, explicitando que a hipersensibilidade em relação à comida pode não ser uma causa da obesidade mas sim um efeito da mesma (Nisbett, 1972; Rodin, 1980, 1981, cit. por Gleitman et al., 2009). De acordo com Herman e Polivy (1980) (cit. por Gleitman et al., 2009), na nossa sociedade, as pessoas com excesso de peso tentam voluntariamente restringir a sua alimentação, e os estímulos exteriores, como os vários tipos de comida que se encontram à vista, podem pôr em causa essa decisão. Assim, a dieta será fácil de manter se a comida não for chamativa, mas se as pessoas forem expostas a comidas saborosas, já não ficarão indiferentes. Pode dizer-se assim que o que parece ser selectividade pode ser a forma como os participantes lidam com a “tentação” e não uma sensibilidade excessiva aos indicadores externos (Gleitman et al., 2009).

Outra hipótese explicativa da ingestão em excesso passa pela teoria psicossomática, que valoriza o contributo dos fatores emocionais e a confusão que pode existir entre estados como fome e ansiedade (Viana et al., 2008a). Segundo esta teoria, o *stress* altera os padrões

alimentares. Quando é experienciada uma situação aguda de *stress*, como uma ameaça à segurança pessoal, é ativada a resposta fisiológica de “*fight or flight*” (Sherwood, 2001, cit. por Torres & Nowson, 2007) na qual as pessoas tendem a perder o apetite (Charmandari, Tsigos, & Chrousos, 2005, cit. por Torres & Nowson, 2007). Por outro lado, a resposta à exposição a situações de *stress* crónicas é a de procurarem e consumirem comidas com muitas calorias (Oliver, Wardle & Gibson, 2000; Schiffman, Graham, Sattely-Miller & Peterson-Dancy, 2000, cit. por Torres & Nowson, 2007). Segundo esta teoria, os indivíduos não conseguem tanto reconhecer se estão com fome, se estão saciados, ou se há outro desconforto que os perturba e acabam por comer em excesso em resposta a qualquer estado de excitação. Assim, se este comer emocional ocorrer frequentemente, isso pode levar a que a pessoa ganhe peso e fique obesa (Bruch, 1961, 1964, cit. por van Strien & Ouwens, 2003).

Por último, a teoria da restrição defende que os indivíduos restritivos, pressionados por fatores sociais e psicológicos, tendem a percecionarem-se como tendo peso excessivo ou uma forma de corpo indesejada, pelo que se envolvem em dietas restritivas (Ogden, 2004; Viana et al., 2008a). Num estudo de Ruderman e Wilson (1979) (cit. por Ogden, 2004) os sujeitos que tentavam comer menos consumiam uma quantidade significativamente superior do que os que comiam sem restrições. Uma característica da alimentação destes primeiros indivíduos será que, ao tentarem comer menos, se desinibem de comer e acabam por comer em excesso (Herman & Mack, 1975; Spencer & Fremouw, 1979; Herman et al., 1978, cit. por Ogden, 2004).

Segundo este ponto de vista, fazer dieta, no caso dos sujeitos restritivos, será assim parte do problema e não da solução (Neumark-Sztainer et al., 2006; Ackard, Neumark-Sztainer, Story, & Perry, 2003, cit. por Viana et al., 2008a). Contudo, a relação entre restrição e obesidade ainda não foi completamente esclarecida dado que a maioria dos estudos não são longitudinais, não permitindo responder de modo inequívoco às questões sobre as relações entre restrição, sobreingestão e obesidade (Faith, Scanlon, Birch, Francis, & Sherry, 2004; cit. por Viana et al., 2008a). Será a restrição uma parte da solução em indivíduos com excesso de peso e obesidade ou será parte do problema?

Confirmando estas teorias, em estudos com crianças e jovens portugueses foi encontrada uma correlação positiva entre as escalas de um questionário do comportamento alimentar (Child Eating Behaviour Questionnaire) (Wardle, Guthrie, Sanderson, & Rapoport, 2001) que se referem à restrição e à “externalidade” e o IMC destes sujeitos (Viana & Sinde, 2008; Viana, Sinde, & Saxton, 2008, cit. por Viana et al., 2008a). Num desses estudos, de Viana e colaboradores (2008b), que avaliou crianças com e sem obesidade, a escala de “atração pela

comida” aumentava à medida que o IMC aumentava também, ao passo que Roemmich, Wright e Epstein (2002) (cit. por Viana et al., 2008b) verificaram que crianças mais responsivas ao *stress* e muito restritivas demonstravam uma maior ingestão energética, induzida por *stress*, comparativamente com as crianças com menos reatividade e com o grupo de controlo.

Em relação às diferenças no tipo e na quantidade de comida ingerida por pessoas obesas e pessoas com peso normal, uma das teorias desenvolvidas é aquela que afirma que embora os obesos possam não comer globalmente mais do que os não obesos, eles poderão comer proporcionalmente mais em gordura (Ogden, 2004).

### **2.1.3. A Obesidade na infância e na adolescência.**

#### **2.1.3.1. Definição e Prevalência.**

A obesidade na infância é um dos problemas de saúde mais sérios do século XXI. O problema é global e tem vindo a crescer a ritmos alarmantes, afetando agora também países com rendimentos médios e baixos, estando presente principalmente em famílias de contextos urbanos (WHO, 2015). A obesidade representa uma das patologias mais difíceis de tratar, sendo apontada como o distúrbio nutricional mais frequente em crianças e adolescentes (Dehgham, 2005; Barlow, 1998, cit. por Sousa, 2011)

Globalmente, em 2013, estimava-se que o número de crianças com excesso de peso antes dos cinco anos de idade era de 42 milhões (WHO, 2015). A prevalência da pré-obesidade e da obesidade em crianças e adolescentes tem vindo a aumentar a nível mundial a um ritmo alarmante, sobretudo nos países desenvolvidos e em alguns segmentos de países em desenvolvimento (WHO, 2000; Kosti, 2006; Wang, 2006, cit. por Sousa, 2011).

Num estudo realizado com crianças entre os dois e dezassete anos, a prevalência de pré-obesidade na população de crianças e adolescentes é de 21%, e de 15% para a obesidade, de acordo com as referências da OMS para a definição de obesidade (Viveiro et al., 2015).

Segundo Sousa (2011), a prevalência de pré-obesidade Infanto-juvenil em Portugal é de 22,6% e de obesidade é de 7,8%, pelo que se pode afirmar que 30,4% dos adolescentes em Portugal apresentam excesso de peso. Ao associar-se a distribuição por sexo constatou-se que quer na prevalência de pré-obesidade quer de obesidade os indicadores eram superiores nos rapazes, sendo que as raparigas apresentavam pré-obesidade e obesidade em 29,3% dos casos e os rapazes em 31,7% dos casos. Num estudo nacional com estudantes do ensino secundário, encontrou-se uma prevalência de 3,55% de estudantes com obesidade e de 10,15% de estudantes com excesso de peso (Brites, Cruz, Lopes & Martins, 2007).

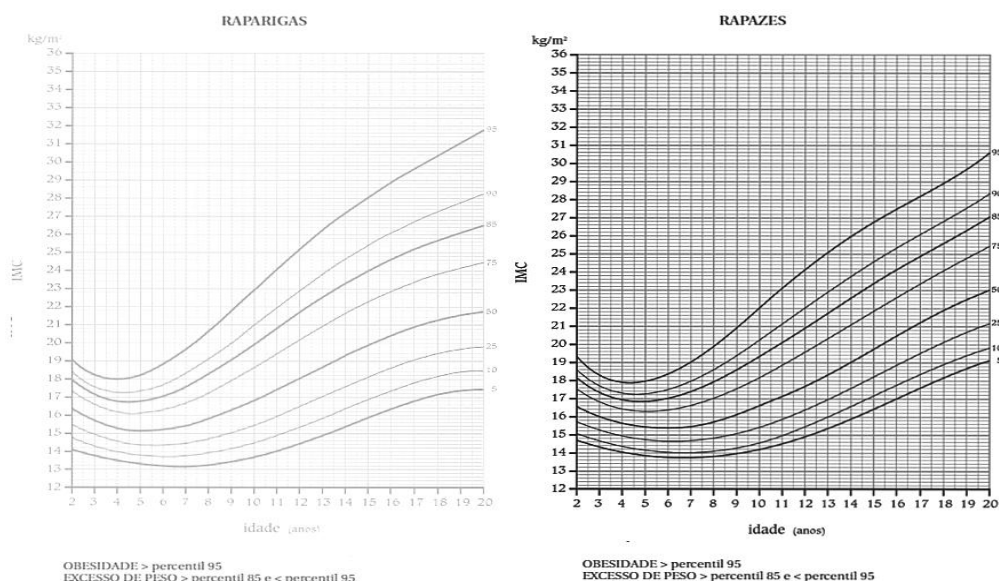
Noutros estudos realizados em Portugal com crianças e adolescentes os indicadores são próximos dos já referidos, tal como no estudo de Ribeiro e colaboradores (2003) (cit. por Sousa, 2011) realizado no Porto, em que 27,4% dos jovens questionados apresentava excesso de peso. Noutro estudo de Sousa e colegas (2004) (cit. por Sousa, 2011) realizado em Lisboa, os resultados indicavam que 34,2% dos participantes do estudo apresentavam excesso de peso.

#### ***2.1.3.2. Métodos de Avaliação da Composição Corporal.***

Classificar a obesidade durante a infância e adolescência é mais complicado do que num sujeito adulto dado que o jovem se encontra em crescimento e a composição do corpo está continuamente a mudar (WHO, 2000). Para além disso, existe uma enorme variabilidade inter e intra-individual (APN, s.d.).

Verifica-se assim que o IMC nas crianças se altera substancialmente com a idade, aumentando durante a primeira infância, caindo no período pré-escolar e subindo novamente com a adolescência e os primeiros anos de vida adulta. Por esta razão, para calcular o IMC nas crianças e adolescentes, para além ser feito o cálculo referido anteriormente, todos os dados devem também ser analisados através de curvas de referência relacionadas com a idade (Sousa, 2011).

Neste trabalho, será considerado que o jovem apresenta excesso de peso se se apresentar um desvio padrão acima da média para o IMC correspondente à sua idade e ao sexo e será considerado com obesidade se se encontrar dois desvios padrões acima da média de IMC para a sua idade e sexo (WHO, 2015). Nestas curvas, os percentis 85 (p85) e 95 (p95) de uma amostra também são usados frequentemente para definir, respetivamente, pré-obesidade e obesidade em crianças e adolescentes (Himes, 1994, cit. por Sousa, 2011).



**Figura 1. Curvas de Crescimento dos 2 aos 20 anos**

Fonte: (Ministério da Saúde, 2006)

### **2.1.3.3. Fatores de risco.**

A organização mundial de saúde aponta para a existência de pelo menos três períodos críticos na criança para o desenvolvimento da obesidade: período pré-natal, período entre os 5 e os 7 anos e o período da adolescência (WHO, 2000). Identificar fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade em crianças e adolescente torna-se assim essencial para se conseguir intervir precocemente e eficazmente.

Dentro dos comportamentos exercidos pelas crianças e adolescentes, os hábitos alimentares e o sedentarismo são os principais responsáveis pelo número crescente desta patologia (Coelho et al., 2008).

Atualmente a alimentação mediterrânea tradicional está a ser substituída por alimentos pré-confeccionados, de consumo rápido e com elevado teor calórico, ricos em ácidos gordos saturados e pobres em hidratos de carbono complexos, estando estes alimentos largamente disponíveis. Esta alimentação liga assim o gosto dos alimentos a uma imagem tentadora, frequentemente publicitada nos meios de comunicação social (Coelho et al., 2008). Para além disso, segundo Chapman e MacLean (1993) (cit. por Viana et al., 2008a), os adolescentes tendem a associar a comida a um conjunto de situações com diferentes significados emocionais. Por um lado, os vegetais cozidos, saladas e alimentos, por eles classificados como saudáveis, são associados às refeições com os pais, a “ficar em casa” e a um maior autocontrolo. Por outro lado, a “junk food”, a comida de baixo valor nutricional definida por este grupo como não-

saudável, é associada a refeições com os amigos, às “refeições fora”, à falta de controlo e ao “estar à vontade”.

Tem vindo a ser demonstrado que existe uma associação inversa entre o nível de atividade física em crianças e adolescentes e o desenvolvimento da obesidade (Brambilla, Pozzobon & Pietrobelli, 2011; Guinhouya, 2012; Guinhouya & Hubert, 2011; Kim & Park, 2013, cit. por Paes, Marins, & Andreazzi, 2015). De facto, a prática de exercício tem vindo a ser cada vez menor e o estilo de vida sedentário, no qual os jovens raramente vão a pé para a escola e passam grande parte do dia sentados a estudar, a ver televisão, no computador ou a jogar videojogos, pode ser responsável por um aumento no peso, especialmente em crianças mais jovens. Estes comportamentos sedentários apresentam-se então como um fator propício ao desenvolvimento do excesso de peso, estando diretamente relacionados com o percentil de IMC (Coelho et al., 2008; Sousa, 2011).

Para além dos comportamentos exercidos pelos jovens, os principais fatores que predis põem uma criança à obesidade são a obesidade parental, fatores genéticos, ambientais e metabólicos (Sousa, 2011).

A criança que tem pais com excesso de peso está em maior risco para ela própria ficar com sobrepeso, devido não só à herança genética, mas também aos fatores do meio ambiente, como as comidas que os pais escolhem dar, o tamanho das refeições, a altura em que ingerem alimentos ao longo do dia e os contextos sociais em que comem (Fairburn & Brownell, 2002). O risco de obesidade na criança é quatro vezes superior quando um dos pais é obeso, aumentando o risco para oito vezes quando ambos o são (Rhee, 2005; Strauss, 1999, cit. por Sousa, 2011).

É sugerido, a um nível global, que as preocupações dos pais com a aparência física, com a magreza e o peso corporal dos filhos, bem como a manifestação de perturbações alimentares parentais, estão relacionadas com os problemas alimentares dos filhos, desde muito cedo, na infância, mas sobretudo, na pré-adolescência e na adolescência (Soares, 2011). Esta relação é ainda mais destacada aquando da presença de um distúrbio alimentar nas mães, estando as suas atitudes e comportamentos relativos à aparência física e à alimentação relacionados com problemas do comportamento alimentar dos filhos (Soares, 2011). Para além disso, as atitudes restritivas dos pais e a pressão para ingerir alimentos “saudáveis” parecem estar associados a uma sobreingestão emocional em raparigas, traduzindo-se depois na externalidade aquando da escolha dos alimentos ingeridos e numa falta de controlo de paragem aquando da saciedade (Birch, Fisher, & Davison, 2003; Carper, Fisher, & Birch, 2000, cit. por Viana et al, 2008a).

Existem também diversos fatores de risco ambientais relacionados com a obesidade, tais como o baixo nível-sócio económico, a proveniência de meios rurais, o tipo de estrutura familiar (filho único/adotado; famílias mono parentais, famílias numerosas), alterações na dinâmica familiar e sobrealimentação (Arthur, 2001; Rising, 2005, cit. por Sousa, 2011).

De acordo com Rasmussen e colegas (2006) (cit. por Gomes, 2009), as crianças de estatutos socioeconómicos mais baixos têm mais tendência a consumir mais açúcar e gordura e menos frutas e vegetais. O contexto familiar exerce também uma forte influência no desenvolvimento de comportamentos que influenciam o modo de vida saudável dos jovens (Guedes, Guedes, Barbosa, Oliveira & Stanganelli, 2006, cit. por Gomes, 2009). Quantas mais pessoas viverem numa casa, mais calorias cada um consome, o que sugere que existe uma relação direta entre o número de pessoas presentes à refeição e energia consumida (Sobal, 2001, cit. por Gomes, 2009).

Dentro da escolaridade, percebeu-se que havia fortes correlações entre a escolaridade e a obesidade (Correia, 2004, cit. por Gomes, 2009). Uma maior formação académica fornece conhecimento sobre alimentação, nutrição, atividade, saúde e peso que é usado para avaliar as escolhas alimentares e de atividades e na gestão do peso corporal (Sobal, 2001, cit. por Gomes, 2009). Assim, os indivíduos que possuem maior formação académica têm mais tendência para terem menores prevalências de obesidade (Crespo & Smit, 2003, cit. por Gomes, 2009). Estes valores são tão relevantes que se os pais detiverem uma maior escolaridade isto afeta também a probabilidade de os filhos virem a sofrer de obesidade. Em estudos realizados por Gnani, Spagnoli, Galotto, Pugliese, Carta e Cesan (cit. por Gomes, 2009), perceberam que um nível elevado de escolaridade dos pais estava associado a baixos níveis de obesidade nas crianças. Inversamente, os indivíduos que possuem menos formação escolar têm mais probabilidade de consumir mais quantidade de comidas com gorduras e são menos suscetíveis a consumir frutas e vegetais (Sobal, 2001, cit. por Gomes, 2009).

#### ***2.1.3.4. Consequências.***

Existe uma preocupação cada vez maior com o facto de os padrões de comportamento das crianças e adolescentes com obesidade poderem acelerar o processo de doenças relacionadas com certas características do estilo de vida destes, arriscando assim uma prematura morbilidade e mortalidade (Sousa, 2011).

Um dos fatores que leva a que esta condição seja tão preocupante é o facto de as crianças que têm excesso de peso ou obesidade serem suscetíveis de ficar obesos na idade adulta, havendo assim uma maior tendência para desenvolver doenças “silenciosas”, tais como a

diabetes e as doenças cardiovasculares, em idades precoces (Paes, et al., 2015; WHO, 2015). Para além disso, também se tem documentado acerca do risco de desenvolver tensão arterial alta, colesterol alto, asma, síndrome metabólico, apneia do sono, diabetes do tipo 2, problemas ortopédicos, doenças de fígado, bem como cáries dentárias (Pulgarón, 2013). Segundo Fairburn e Brownell (2002), vários estudos demonstram que a probabilidade de um adolescente com excesso de peso ficar um adulto com obesidade é de cerca de 70%.

De acordo com Buttitta, Iliescu, Rousseau e Guerrien (2014), o excesso de peso não tem como consequência apenas complicações relacionadas com a saúde mas também tem um grande impacto psicológico. As crianças e os adolescentes com excesso de peso sofrem frequentemente de sintomas de depressão e ansiedade (Britz, Siegfried, Ziegler, Lamertz, Herpertz-Dahlmann, Remschmidt et al., 2000; Vila et al., 2004; Erermis, Cetin, Tamar, Bukusoglu, Akdeniz & Goksen, 2004, cit. por Buttitta et al., 2014), baixa autoestima (Griffiths, Parsons & Hill, 2010; Franklin, Denyer, Steinbeck; Caterson & Hill, 2006; Nowicka, Höglund, Birgerstam, Lissau, Pietrobelli & Flodmark, 2009, cit. por Buttitta et al., 2014) e estigma social (Cramer & Steinwert, 1998; Gray, Kahhan & Janicke, 2004, cit. por Buttitta et al., 2014). Estes aspetos psicológicos influenciam a forma como a pessoa se cuida e afetam a sua qualidade de vida (Griffiths et al., 2010; Tsiros, Olds, Buckley, Grimshaw, Brennan, Walkey et al., 2009; Ottova, Erhart, Dettenborn-Betz & Ravenssieberer, 2012; Pratt, Lamson, Swanson, Lazorick & Collier, 2012, cit. por Buttitta et al., 2014). Para as crianças e os adolescentes, a baixa qualidade de vida associada à obesidade é comparável ao “fardo” de ter uma doença crónica, como diabetes, doenças gastrointestinais ou cancro (Pratt et al., 2012; Schwimmer, Burwinkle & Varni, 2003, cit. por Buttitta et al., 2014).

Também Yin (2005) e Viner (2005) (cit. por Sousa, 2011) referem que a importância da obesidade e da pré-obesidade na saúde infantil e juvenil se deve à sua elevada repercussão no desenvolvimento psicossocial das crianças, estando frequentemente associada a distúrbios psicológicos nas crianças e nos adolescentes, como a diminuição da autoestima, o isolamento social e a diminuição da participação em atividades coletivas.

Em países industrializados, as consequências mais comuns são as perturbações psicossociais. As crianças e adolescentes associam a forma de um corpo com excesso de peso a alguém com pouca interação social, fraco sucesso académico e pouca saúde, bem como tendo defeitos de carácter (Viner, 2005; Rossner, 1998, cit. por Sousa, 2011).

Segundo Fonseca (2008) os adolescentes portugueses definidos como obesos, quando comparados com os seus pares não obesos, revelaram-se menos ativos do ponto de vista físico, referiram mais vezes estar em dieta com o objetivo de perder peso (sobretudo os indivíduos do



sexo feminino), consideraram mais frequentemente ter pior aparência, ser menos saudáveis e ter mais dificuldade em fazer amigos. Para além disso, muitos adolescentes com excesso de peso são marginalizados do ponto de vista social e este isolamento pode agravar as consequências emocionais e sociais do excesso de peso na adolescência (Latner & Stunkard, 2003; Strauss & Pollack, 2003; Teachman & Brownell, 2001, cit. por Fonseca, 2008).

Assim, ao nível dos problemas psicossociais, estes determinam-se por: isolamento social, *bullying*, baixa autoestima que causa fracos rendimentos escolares (Blair et al., 2003; Haines & Neumark-Sztainer, 2009, cit. por Gomes, 2009), fraca imagem corporal, estigmatização e discriminação da obesidade e distúrbios alimentares (Faith, Matz & Allison, 2003; Denney-Wilson & Baur, 2007; Byrne & La Pluma, 2007, cit. por Gomes, 2009).

É sugerido que a obesidade infantil também está associada à Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) (Agranat-Meged et al., 2005) assim como alguns dos sintomas que lhe estão associados: impulsividade, dificuldade no adiamento da gratificação e maior reatividade às recompensas (Bonato & Boland, 1983; Davis, 2009; Nederkoorn, Braet, Van Eijs, Tanghe & Jansen, 2006, cit. por Andrade, 2014). Um número significativo de estudos avaliou esta relação e sugere-se que a desregulação que estas crianças experienciam se estende aos seus hábitos alimentares. Assim, os diagnósticos de PHDA têm sido descritos como mais prevalentes em crianças obesas do que em crianças com um peso normal (Agranat-Meged, et al., 2005; Kim, Mutyala, Agiovlasitis & Fernhall, 2011, cit. por Pulgarón, 2013). De acordo com Erhart e colaboradores (2012) depois de se controlar por sexo, idade e estatuto económico, as crianças com excesso de peso e obesas eram consideradas com duas vezes maior probabilidade de ter um diagnóstico de PHDA. Por outro lado, existem diversos estudos que não confirmam essa associação (Pitroul, Shojaei, Wazana, Gilbert, Kovess-Masfety, 2010; Rojo, Ruiz, Dominguez, Calaf, Livianos, 2006; Waring & Lapane, 2008 cit. por Andrade, 2014), o que sugere que a relação entre estes dois fatores ainda não é suficientemente clara.

Também tem vindo a ser demonstrado que a obesidade está relacionada com as perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente a ingestão alimentar compulsiva (*binge eating disorder*) e o síndrome de alimentação noturna (*night eating syndrome*) (Fairburn & Brownell, 2002). Os resultados do estudo de Ackard, Neumark-Sztainer, Story e Perry (2003) mostraram que os adolescentes, maioritariamente com excesso de peso e obesos, que satisfaziam os critérios de diagnóstico para o síndrome de ingestão alimentar compulsiva, apresentavam também maior insatisfação corporal, maiores níveis de humor depressivo e menor autoestima.

Socialmente, a obesidade tem diversas consequências, sofrendo discriminação em diversas áreas, como no contexto de trabalho, nos cuidados de saúde e na educação (Fairburn & Brownell, 2002). Um estudo prospetivo realizado nos EUA demonstrou que mulheres com excesso de peso durante a adolescência e os primeiros anos de vida adulta têm maior probabilidade de não constituir família, vivem com maiores taxas de pobreza e taxas mais baixas de casamento do que mulheres com várias outras formas de deficiência física crónica durante a adolescência (WHO, 2000).

No estudo de Wardle e colaboradores (1997) (cit. por Viana et al., 2008a), estes realçaram a distinção entre os efeitos negativos do peso excessivo, como uma imagem corporal negativa, e efeitos positivos, como uma maior sensibilidade para as possibilidades de melhorar a saúde através da dieta. Os autores verificaram assim que a utilização por jovens europeus de procedimentos saudáveis para controlar a dieta e o peso estava associada a crenças sobre a importância da alimentação para a saúde.

#### ***2.1.3.5. A imagem corporal e o excesso de peso.***

Segundo Coslin (2002), o efeito da imagem durante a adolescência é considerável, tanto mais que ela pode confundir-se com a representação que o jovem tem de si mesmo.

Durante este período é dada uma elevada importância à forma e à aparência física, pelo que os adolescentes vão formando mensagens sociais negativas associadas à obesidade (Sousa, 2011). Os estereótipos culturais em relação à aparência física consistem nas crenças de que a aparência física atraente está relacionada com características de personalidade desejáveis, com um nível intelectual elevado, com sucesso profissional, com a aceitação social e com uma vida mais feliz. Estes estereótipos, para além de estarem particularmente relacionados com o risco de desenvolver bulimia nervosa, condicionam não só a forma como o indivíduo se percebe, como ainda a percepção que tem do outro (Soares, 2011).

Segundo Neumark-Sztainer (2005) (cit. por Viana et al., 2008b) os fatores familiares, sócio-culturais, de marketing e políticos, interagindo a vários níveis, contribuem para modelar as relações entre a imagem do corpo, o peso, o exercício físico e a alimentação dos jovens. Sousa (2011) nos seus estudos concluiu que a interiorização de um modelo cultural corporal magro e a insatisfação com o corpo desempenham um papel determinante na génese das perturbações do comportamento alimentar e nas possíveis flutuações de peso do adolescente. Comprovando isso, estudos demonstram uma relação inversa consistente entre o peso e a auto-estima e a imagem corporal (Braga, 2007, cit. por Sousa, 2011).

Para além disso, numa investigação sobre as relações entre imagem do corpo e comportamento alimentar em raparigas dos 12 aos 23 anos, conclui-se que 67% estavam desagradas com o seu peso e 54% estavam insatisfeitas com as formas do corpo. Destas adolescentes 30% eram bulímicas e 38 % faziam dieta restritiva. Uma percentagem elevada das raparigas usava diversos métodos para controlar o peso ou a ingestão que iam desde provocar o vómito até ao uso de inibidores do apetite e laxantes. Quanto mais excessivo era o peso maior era o desagrado com o corpo e maior a probabilidade de serem usadas medidas radicais de controlo do peso (Moore, 1988, cit. por Viana et al., 2008a).

O desejo de perder peso é, geralmente, maior na rapariga do que no rapaz e depende, naturalmente, da insatisfação com o peso ou com o aspeto do corpo (Viana et al, 2008b). Em estudos feitos sobre esta temática tem-se demonstrado sistematicamente que a maioria das crianças e mulheres gostariam de ser mais magras e que a maioria dos indivíduos do sexo masculino gostariam de ser do mesmo tamanho ou mais altos (Ogden, 2004). Para além disso, também tem vindo a ser apontado que as raparigas fazem mais tentativas para perder peso comparativamente ao sexo masculino (Pereira, 2014). Este tipo de preocupações é estimulado pela observação dos modelos e corpos-padrão veiculados através da comunicação social, na televisão em especial (Guillen & Barr, 1994; Taylor et al., 1998; cit. por Viana et al, 2008b), e relaciona-se com fatores psicológicos como baixa autoestima e exposição, ou reatividade, ao *stress*. Segundo Thombs, Mahoney e McLaughlin (1998) (cit. por Viana et al, 2008a) este desejo por parte das raparigas parece ainda determinado pela necessidade de aceitação social e pelo desejo de agradar a outras raparigas, aos rapazes e aos adultos.

Vários estudos realizados no contexto da obesidade infantil revelam uma tendência dos indivíduos obesos para se percepcionarem de forma negativa em relação à sua aparência física (Bosch et al., 2003; Israel & Ivanova, 2002; Kimm et al., 1997, cit. por Simões & Meneses, 2007). De facto, num estudo realizado por Fonseca, Matos, Guerra e Gomes-Pedro (2009) os jovens que se percecionavam como com “um bocado de gordura a mais” e com “demasiada gordura” eram na maioria os jovens com excesso de peso e obesidade, relatando maior descontentamento com o corpo em relação aos seus pares sem excesso de peso. Para além disso, também se apurou que os jovens com excesso de peso têm uma maior tendência a acreditar que as outras pessoas costumam fazer comentários negativos sobre eles.

Têm-se vindo a demonstrar também que as crianças com obesidade se sentem menos competentes ao nível das atividades físicas, sendo que estes resultados baixos nas componentes de competência atlética e a aparência física poderão estar relacionados com sentimentos de insatisfação e de depreciação, causados pelas imposições de uma sociedade que cultiva um

ideal de magreza, acabando por estigmatizar a criança, fazendo-a acreditar que ela é diferente e inferior às outras crianças (Barlow, 1993,1999; Campos et al., 1996; Ricciardelli & McCabe, 2001; Schwartz & Brownell, 2004, cit. por Simões & Meneses, 2007).

Em suma, percebeu-se ao longo deste capítulo que a obesidade é uma doença que tem tomado um especial relevo ao longo do século XXI, sendo atualmente muito pertinente a compreensão das suas causas, dos seus factores de risco e das consequências associadas. Em crianças e adolescentes, este estudo é particularmente importante dado que ter obesidade nesta fase da vida pode levar a repercursões graves, como uma prematura morbilidade e mortalidade. A par disso, as crianças e adolescentes também têm associadas complicações ao nível psicológico, como depressão e ansiedade, baixa autoestima e isolamento social.

## **2.2. Bem-Estar**

### **2.2.1. Constructo de Bem-Estar.**

O conceito de bem-estar pode ser definido como um funcionamento e experiência psicológica ideal. Contudo, ao longo da história, tem havido inúmeros debates acerca de como se define uma experiência ideal e do que constitui uma “vida boa” (Ryan & Deci, 2001). Estes debates têm levado a que se defina o bem-estar de inúmeras formas, originando bastantes discussões relacionadas com uma forma mais adequada de operacionalizar o constructo de bem-estar (McMahan & Estes, 2011).

Segundo Bornstein, Davidson, Keyes e Moore (2003), o bem-estar é um estado de bom desempenho ao longo da vida, que integra as funções físicas, cognitivas e socioemocionais e que resulta em atividades produtivas consideradas importantes pelo contexto cultural em que o sujeito se encontra, em relações sociais satisfatórias e na habilidade de ultrapassar problemas psicossociais e do meio ambiente.

Também tem sido proposto que os diferentes aspetos do bem-estar incluem experimentar a felicidade, sentir que se tem um propósito, possuir uma filosofia de vida coerente, sentir-se realizado, alcançar o prazer e ter amor (Allport, 1961; Becker, 1992; Coan, 1977; Rogers, 1961; Russell, 1958; Ryff, 1989, cit. por McMahan & Estes, 2011).

Apesar de existirem muitas concepções de bem-estar, estas parecem encontrar-se à volta de duas filosofias relativamente distintas que tentam explicá-lo. A primeira poderá ser denominada de Hedonismo (Kahneman et al., 1999, cit. por Ryan & Deci, 2001) que mostra a visão em que o bem-estar psicológico consiste em felicidade e satisfação. Por outro lado, a segunda filosofia, o Eudaimonismo (Waterman 1993, cit. por Ryan & Deci, 2001), define o

bem-estar como mais do que apenas felicidade, baseando-se na crença de que o bem-estar consiste em perceber a verdadeira natureza da pessoa.

Estas duas filosofias, o hedonismo e o eudaimonismo, têm diferentes visões da vida humana e do que constitui uma boa sociedade, direcionando-se de formas distintas quanto aos processos desenvolvimentistas e sociais do bem-estar. Assim, apesar de haver partes em que se intersejam, o hedonismo e o eudaimonismo também divergem em pontos cruciais (Ryan & Deci, 2001).

De acordo com a orientação seguida, o bem-estar é operacionalizado de forma diferente. Por um lado, Cacioppo e Berntson (1999) (cit. por Ryan & Deci, 2001) referem que bem-estar não significa que não existe doença psicológica, tal como emoções positivas não são o oposto de emoções negativas. Por outro lado, existem autores que entendem o bem-estar como a ausência de sintomas de perturbação (Langer, Gersten, & McCarthy, 1986, cit. por Bizarro, 2001), sendo também definido por outros como somente a presença de sintomas positivos do funcionamento (Ryff & Keyes, 1995, cit. por Bizarro, 2001).

Uma visão mais integrativa refere que o bem-estar não significa apenas a ausência de problemas ou perturbações psicológicas, mas refere-se também aos momentos em que há um foco na presença de recursos pessoais que promovam e facilitem o funcionamento psicológico da pessoa (Diener, 1994; Kazdin, 1993, cit. por Bizarro, 2001).

### **2.2.2. Bem-Estar subjetivo.**

Segundo a filosofia do bem-estar subjetivo, o hedonismo, o significado da vida é de experienciar o máximo de satisfação possível, e a felicidade é a totalidade dos momentos hedônicos da pessoa. Esta visão tem sido expressada de muitas formas e tem variado desde um foco estreito nos prazeres corporais da pessoa até um foco mais amplo nos apetites e nos interesses da pessoa (Ryan & Deci, 2001).

As primeiras concepções do hedonismo tinham tendência a focarem-se nos prazeres corporais, contudo os psicólogos contemporâneos que adotam esta abordagem tendem a focar-se numa concepção mais geral do hedonismo que inclui os prazeres da mente e do corpo (Kubovy, 1999). Assim, os psicólogos que adotam esta visão costumam focar-se numa concepção extensa acerca do hedonismo que inclui não só as preferências e o prazer do corpo, mas também os da mente (Kubovy, 1999).

O termo de bem-estar subjetivo é assim usado para descrever o nível de bem-estar que as pessoas experienciam, a partir das avaliações subjetivas que fazem da sua própria vida. (Diener & Ryan, 2009). Consiste em três componentes, que em conjunto definem a felicidade:

satisfação com a vida, a presença de um humor positivo e a ausência de um humor negativo (Ryan & Deci, 2001). De acordo com Diener e Tov (2009) (cit. por cit. por McMahan & Estes, 2011), o primeiro componente é uma avaliação cognitiva e os dois últimos são afetivos. A soma destes três componentes é indicativa de um nível geral de felicidade do indivíduo (Diener and Lucas, 1999, cit. por McMahan & Estes, 2011).

Esta filosofia acredita que o bem-estar consiste assim numa felicidade subjetiva e preocupa-se com a experiência do prazer contrariamente ao disprazer, dando relevância aos elementos da vida, sejam estes bons ou maus (Ryan & Deci, 2001). Desta forma, as avaliações que a pessoa faz de si mesma podem ser positivas e negativas, podem incluir julgamentos e sentimentos relacionados com a satisfação com a própria vida, em domínios como o trabalho, as relações, a saúde, podendo estar presentes eventos positivos ou negativos (Diener & Ryan, 2009).

Existem atualmente diversos modelos explicativos do bem-estar subjetivo, como a teoria de Top-Down *versus* a teoria de Bottom-Up. Por um lado, o modelo Top-Down explica que existe uma propensão interna para experienciar o mundo de uma determinada forma, e isso irá afetar a forma como o indivíduo percebe o mundo e interage com ele. Ou seja, se uma pessoa vivenciar um evento com uma perspectiva positiva, é mais provável que experiencie ou interprete esse evento como positivo do que uma pessoa que tenha uma perspectiva mais negativa. Desta forma, pode concluir-se que uma atitude positiva perante os objetivos e eventos seja um fator causal do bem-estar (Diener & Ryan, 2009). Por outro lado, existe o modelo de Bottom-Up, que considera que a experiência de momentos positivos e negativos irá influenciar a percepção da pessoa em relação ao seu bem-estar subjetivo. Assim, pode afirmar-se que, segundo esta perspectiva, um momento positivo irá fazer com que a pessoa experiencie um maior bem-estar (Diener & Ryan, 2009).

De forma a analisar-se o contínuo de prazer/dor na experiência humana, a maioria dos estudos tem usado a avaliação do bem-estar subjetivo (Diener & Lucas, 1999, cit. por Ryan & Deci, 2001). Esta avaliação é realizada através de medidas de autorrelato em que o sujeito avalia e relata a sua satisfação com a vida, a frequência do seu afeto positivo e a frequência do seu afeto negativo (Diener & Lucas, 2000).

### **2.2.3. Bem-Estar psicológico.**

Apesar da visão hedónica ser corrente, muitos filósofos e visionários não valorizam a ideia de que a felicidade é um critério principal para o bem-estar. Ao invés, a felicidade verdadeira é uma expressão da virtude, ou seja, encontra-se felicidade ao fazer o que vale a pena (Ryan &

Deci, 2001). A perspectiva eudaimónica, filosofia adaptada ao bem-estar-psicológico, veio assim demonstrar uma visão mais abrangente do bem-estar, dado que a perspectiva hedónica era considerada como muito limitada, apresentando os humanos como “escravos” dos seus desejos (Ryan & Deci, 2001). Assim, esta visão vem contrariar a perspectiva hedónica, abordando diversas questões, como viver bem, e assenta nas virtudes e no potencial humano (Deci & Ryan, 2008).

De acordo com o eudaimonismo, o bem-estar é distinto da felicidade por si própria. As teorias neste campo referem que nem todos os desejos que o sujeito tem podem ser sinónimos de bem-estar aquando da sua realização. Assim, apesar de haver prazer na sua realização, os resultados desses podem não ser bons para a pessoa e podem não promover o bem-estar (Ryan & Deci, 2001).

A premissa das abordagens no eudaimonismo é a de que as pessoas devem encontrar um significado e um propósito na vida pela identificação e desenvolvimento do que é melhor para eles mesmos e usar isso para o benefício de um bem melhor (Peterson et al. 2005, cit. por McMahan & Estes, 2011; Ryan & Deci, 2001). Assim, esta conceção de bem-estar inclui a experiência de algo com significado e propósito, o desenvolvimento das forças pessoais e a contribuição para a sociedade (McMahan & Estes, 2011).

Em 1989, Carol Ryff criou um modelo multidimensional que teve como objetivo combater as limitações do bem-estar subjetivo. Este modelo apresenta seis conceitos que se baseiam em conceções de autorrealização, de crescimento pessoal e desenvolvimento humano. Estes componentes podem ser definidos pela autoaceitação, que pode ser descrita pela forma como o sujeito se aceita a si próprio, por um funcionamento ótimo e maturidade; pela autonomia, na qual a pessoa terá um *locus* interno de avaliação, no qual não procura a aprovação dos outros, regulando-se internamente; por um controlo sobre o meio, que é gerido pela capacidade do indivíduo em escolher ou criar ambientes adequados às suas características e controlar os meios complexos em que se insere, sendo esta uma característica de uma boa saúde mental; pelas relações positivas que o indivíduo mantém com os outros, nomeadamente pela capacidade de estabelecer empatia e afeto, bem como de amar e manter amizades próximas; pelo propósito na vida, que se define pela capacidade de estabelecer objetivos e significados à vida do sujeito; e por último, pelo desenvolvimento pessoal, que pode ser descrito por uma necessidade de crescimento pessoal, pela vivência de novas experiências e desafios (Ryff, 1989).

O bem-estar psicológico é assim distinto do bem-estar subjetivo, apresentando uma abordagem multidimensional que se define em seis aspetos distintos da atualização humana: autonomia, crescimento pessoal, autoaceitação, propósito da vida, superioridade e relações

positivas (Ryff & Keyes, 1995, cit. por Ryan & Deci, 2001). Estes seis construtos definem o bem-estar psicológico teoricamente e operacionalmente, especificando o que está na promoção de uma boa saúde física e emocional (Ryff & Singer, 1998, cit. por Ryan & Deci, 2001).

Têm vindo a ser analisadas diversas variáveis sociodemográficas relacionadas com o bem-estar psicológico, particularmente a idade, o sexo e o nível socioeconómico.

Relativamente à idade, é descrito que o bem-estar parece alterar com a idade, contudo esta alteração parece estar relacionada com a dimensão de bem-estar avaliada (Bizarro, 1999). Em relação às dimensões do modelo de Ryff anteriormente descritas, Pudrovskaya et al. (2005) e Ryff & Keyes (1995) (cit. por Zambianchi, 2015) perceberam que estas variam ao longo da vida. O controlo sobre o meio e a autonomia são menores durante a infância e a adolescência, aumentando ao longo da vida. Por outro lado, o propósito na vida e o crescimento pessoal vão decrescendo ao longo da vida e dimensão de autoaceitação tende a manter-se estável durante a vida. Em relação ao bem-estar subjetivo, diversos têm sido os estudos que ora referem que este melhora ao longo da vida, dado que as pessoas se vão tornando melhores a ajustar-se às condições de vida à medida que vão envelhecendo (Diener, Carol, Gohm & Oishi, 2000, cit. por Manzoor, Siddique, Asghar, Nazir, & Hassan, 2015), ora que o bem-estar piora, devido à infância ser o melhor período da vida de uma pessoa (Holder, Coleman & Wallace, 2010, cit. por Manzoor et al., 2015).

Em relação à variável sexo, tem vindo a ser descrito que a única dimensão em que se têm demonstrado diferenças entre sexos é a dimensão afetiva (Bizarro, 1999). De acordo com Wood, Rhodes e Whelon (1989) (cit. por Bizarro, 1999), os estudos referem que as mulheres têm tendência para relatarem níveis mais elevados de afetos negativos. Em relação aos afetos positivos, não são descritas diferenças significativas entre sexos.

A variável relativa ao nível socioeconómico tem sido descrita como tendo uma relação fraca a moderada com o bem-estar psicológico (Bizarro, 1999). Diversos estudos apontam para que uma desvantagem socioeconómica na infância esteja relacionada com danos imediatos e persistentes na saúde mental e no bem-estar das crianças (Bradley and Corwyn 2002; Poulton et al., 2002; Velez et al. 1989, cit. por Boe et al., 2014).

Sintetizando, o modelo de Bem-Estar subjetivo permite verificar o quão satisfeito ou feliz um indivíduo se sente no geral ou em áreas específicas da sua vida; já o modelo de Bem-Estar psicológico permite identificar o quão satisfeito um indivíduo se sente em domínios psicológicos diversos e quais são os recursos que o sujeito apresenta na relação consigo próprio, com os outros e com o meio envolvente (Novo, 2003). Nesta dissertação, iremos focar-nos no



bem-estar psicológico e nos seus componentes, com vista a uma avaliação mais abrangente do bem-estar dos adolescentes.

#### **2.2.4. Modelo Cognitivo-Comportamental-Desenvolvimentista.**

Tendo como objetivo integrar as perspetivas atuais relacionadas com o bem-estar, Bizarro (1999, 2001) desenvolveu o modelo cognitivo-comportamental-desenvolvimentista. Este modelo tem como base o conceito de que o bem-estar psicológico possui componentes subjetivos que incluem aspetos afetivos e cognitivos (Diener, 1994, cit. por Bizarro, 2001), dando ênfase ao que a pessoa pode fazer (afetivamente, cognitivamente e comportamentalmente) para conseguir atingir níveis satisfatórios de bem-estar psicológico (Bizarro, 2001).

Este modelo tem em conta não só o papel dos fatores comportamentais e emocionais, mas também as cognições no funcionamento da pessoa saudável e no desenvolvimento das perturbações, sendo estes fatores elementos relevantes na alteração dos sintomas e na inadaptação e para melhorar o funcionamento adaptativo e o bem-estar psicológico do sujeito (Hart & Morgan, 1993; Meichenbaum, 1993, 1995, cit. por Bizarro, 2001).

Sendo que este modelo é direcionado para os adolescentes, será importante referir, para além das cognições e dos comportamentos, a dimensão desenvolvimentista. Este enfatiza as características únicas do indivíduo em termos do que o define, bem como o seu estatuto desenvolvimentista e tem em conta o conjunto das influências que podem ser consideradas e integradas no seu nível de desenvolvimento para a conceptualização do bem-estar psicológico (Hart & Morgan, 1993; Kendal, 1993, cit. por Bizarro, 2001).

Este modelo inclui cinco dimensões. Dessas cinco, três avaliam a presença de recursos pessoais que se consideram serem positivas para o bem-estar psicológico dos jovens, sendo estas a dimensão Cognitiva-Emocional Positiva (CEP), a Perceção de Competências (PC) e o Apoio Social (AS). Para além disso, este modelo também conta com duas dimensões que avaliam índices de dificuldades nos adolescentes, sendo estas a dimensão da Ansiedade (ANS) e a Cognitiva-Emocional Negativa (CEN) (Bizarro, 2001).

A dimensão Cognitiva-Emocional Positiva (CEP) e a Cognitiva-Emocional Negativa (CEN) partem do pressuposto de que as variáveis cognitivas estão relacionadas com o bem-estar psicológico, seja para a promoção deste ou das dificuldades psicológicas (Kendall, 1993; Mahoney, 1991, 1993; Meichenbaum, 1995, cit. por Bizarro, 2001). Das variáveis cognitivas, as autoverbalizações revelam especial interesse, pois são mais facilmente acessíveis ao fluxo da consciência da pessoa (Beck, 1976; Ellis, 1962, cit. por Bizarro, 2001). As valências positiva

ou negativa destas podem influenciar os estados emocionais e os comportamentos do indivíduo, constituindo-se assim como mediadores importantes do bem-estar psicológico dos adolescentes (e.g., Kendall & MacDonald, 1993; Reinecke, Dattilio, & Freeman, 1995, cit. por Bizarro, 2001).

A dimensão de Percepção de Competências (PC) está diretamente relacionada com as reações afetivas e com a orientação motivacional para o desempenho, pelo que foi considerada importante para o bem-estar psicológico dos jovens e para a adaptação dos adolescentes (Harter, 1990, 1992, cit. por Bizarro, 2001). Para além de ser importante adquirir competências, torna-se importante também o adolescente estar motivado na aquisição dessas competências (Bizarro, 2001).

A dimensão do Apoio Social (AS) está também presente neste modelo dado que parece existir na adolescência uma relação direta e positiva entre o apoio social e o bem-estar psicológico (Gotlieb, 1991, cit. por Bizarro, 2001). A percepção de apoio social disponível para o adolescente a partir, por exemplo, dos pais, professores e pares está fortemente associada ao bem-estar Psicológico dos adolescentes (Gotlieb, 1991; Kalafat, 1997, cit. por Bizarro, 2001). É assim descrito que o apoio emocional, a partilha de atividades, o companheirismo, a revelação de pensamentos e emoções promovem a percepção de valor pessoal e de autoeficácia (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990; Wills & Cleary, 1996, cit. por Bizarro, 2001).

Por último, a dimensão Ansiedade (ANS) poderá estar negativamente relacionada com o bem-estar psicológico, quando os sintomas são frequentes e perversivos, podendo limitar o domínio das tarefas desenvolvimentistas e do crescimento adaptativo (Clark et al., 1994; Kendall, Kortlander, Chansky & Brady, 1992, cit. por Bizarro, 2001).

A Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA) permite o conhecimento do bem-estar psicológico do adolescente, do seu funcionamento nos domínios em causa e uma definição de possíveis dificuldades. Os resultados desta escala poderão também ajudar no processo terapêutico, uma vez que permite a identificação de componentes a serem designados como possíveis alvos de intervenção e na formulação de um plano de intervenção. Para além disso, poderá ser um ponto de partida para a elaboração de programas de carácter promocional no sentido de diminuir fatores que contribuem para um menor bem-estar (dimensão Ansiedade e dimensão Cognitiva-Emocional Negativa) e promover os fatores que contribuem para um maior bem-estar psicológico (dimensões Apoio Social, Cognitiva-Emocional Positiva e Percepção de Competências) (Bizarro, 2001).

O instrumento de avaliação de bem-estar psicológico na adolescência (EBEPA) utilizado neste presente estudo tem como base este modelo.

### **2.2.5. Bem-estar psicológico na infância e na adolescência.**

A avaliação do bem-estar na adolescência assume contornos especiais, devido às características desta fase da vida. Apesar disso, não existem muitos estudos que tratem esta temática e que sejam especialmente dirigidos ao estudo do bem-estar na adolescência (Bizarro, 2001). Não obstante, a atenção dedicada a esta temática provém da ênfase colocada em três dos objetivos essenciais da intervenção psicológica: a) reduzir e/ou eliminar problemas ou dificuldades, b) implementar programas específicos para a prevenção de problemas ou dificuldades e c) promover competências para um funcionamento adequado do indivíduo (Kendall, Lerner, & Craighead, 1984).

O bem-estar em crianças reflete-se geralmente pela ausência de problemas de comportamento e presença de comportamentos positivos que refletem um sucesso académico, interpessoal, atlético e artístico (Moore, 1997; Sclaes, Benson, Leffert, & Blyth, 2000; cit. por Bornstein et al., 2003).

De acordo com Bornstein e colegas (2003), o bem-estar social e emocional engloba o desenvolvimento da compreensão e da regulação da emoção, a habilidade de lidar com os *stressores*, o desenvolvimento da autonomia e da confiança, a maturação do autossistema, incluindo a identidade, o autoconceito e a autoestima, o desenvolvimento da empatia e da simpatia e a formação de relações sociais positivas com pais, irmãos e colegas.

Para os adolescentes, o significado de bem-estar envolve um estado de plena satisfação e bem-estar pessoal, social, familiar, escolar/académico e ainda de bem-estar com o estilo de vida/interesses (Pereira, 2014).

Segundo Pratas (2014), existem diferenças ao nível do bem-estar psicológico durante a adolescência, sendo que na faixa etária dos 14 aos 15 anos e meio, que representa adolescência média, apresenta níveis de cognições e emoções negativas muito elevados, assim como níveis de cognições e emoções positivas, perceção de competências e bem-estar global muito baixos. De acordo com Bizarro (1999), depois a partir dos 17 anos e meio também se registam valores de bem-estar psicológico mais baixos.

### **2.2.6. Bem-estar e obesidade.**

Segundo Pereira (2014), para os adolescentes, a saúde está relacionada com o bem-estar e a qualidade de vida. Este conceito parece ter significados distintos, quando considerada a partir da perspetiva dos jovens em geral e quando considerada a partir da perspetiva do próprio. Se, quando considerada a partir da primeira perspetiva, a saúde parece significar a prática de uma alimentação saudável, a ausência de doenças e a satisfação corporal; quando considerada a

partir da perspectiva do próprio, a saúde parece envolver isso e ainda a prática de exercício físico, o bem-estar psicológico e a sensação de energia.

A percepção de bem-estar dos adolescentes obesos aumenta em consequência do aprimoramento da competência social e contribui para a manutenção dos resultados na redução do índice de massa corporal (IMC) por, pelo menos, um ano após o tratamento, principalmente entre aqueles que mantiveram maior resultado de competência social nesse período (Gunnarsdottir, Njardvik, Olafsdottir, Craighead, & Bjarnason, 2012; Niet, Timman, Rokx, et al., 2011, cit. por Sapienza, Schoen, & Fisberg, 2014).

Num estudo realizado por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2004) (cit. por Rosa & Gonçalves, 2011) com adolescentes e adultos com obesidade, foi sugerido que, quanto maior a satisfação com o apoio social, melhor é a qualidade de vida apresentada pelos sujeitos. Neste estudo, os autores verificaram que a satisfação com a amizade, com a intimidade, com a família e com as atividades sociais está positivamente correlacionada com a qualidade de vida, nomeadamente ao nível do funcionamento social, desempenho emocional e saúde mental.

Em relação à felicidade, num estudo de Fonseca e colaboradores (2009), foi descrito que os jovens classificados com excesso de peso e obesidade tinham significativamente mais probabilidade de se considerarem como infelizes do que os seus colegas com um peso considerado “normal”.

Para além disso, a investigação tem vindo a constatar que os níveis de depressão, de baixa autoestima, de insatisfação corporal e de outras psicopatologias são mais altos nas amostras clínicas de crianças e jovens com obesidade, em comparação com o mesmo tipo de amostras não clínicas ou da comunidade (Puhl & Latner, 2007, cit. por Rosa & Gonçalves, 2011).

De acordo com French, Perry, Leon e Fulkerson (1995), citados por Pereira (2014), há uma relação entre o baixo autoconceito, a insatisfação corporal e as dietas restritivas em adolescentes. Segundo este estudo, as raparigas com baixo autoconceito tinham uma insatisfação corporal superior e valores mais elevados de IMC.

A obesidade é também associada a uma autoimagem negativa e a um consequente isolamento social da criança obesa (Viana, 2002; Vos et al., 2011, cit. por Fernandes, 2011).

Por sua vez, Pesa e colegas (2000) (cit. por Sampaio, 2010) associaram diferenças psicossociais e peso corporal entre 3197 adolescentes norte-americanas participantes num estudo nacional, concluindo que as adolescentes que apresentavam peso excessivo sofriam de baixa autoestima.

Segundo Warschburger (2005) (cit. por Meier, Kohlmann, Eschenbeck, & Gross, 2010), as crianças e adolescentes obesos não têm automaticamente uma qualidade de vida e um bem-

estar menor que os seus pares com um peso normal, estes construtos variam consoante a percepção que o jovem tem de si mesmo. Esta autoavaliação pode ser operacionalizada por exemplo por diferentes caracterizações do peso (por exemplo, “considero-me com excesso de peso, com peso a menos ou com um peso certo”) ou por autorrelatos da altura e do peso. Assim, os adolescentes que se avaliam como tendo um “peso razoável” relatam ter uma qualidade de vida superior a crianças e adolescentes que tem um peso normal, mas que consideram que têm excesso de peso (Kurth & Ellert, 2008, cit. por Meier et al., 2010).

Diversos estudos demonstram que pode haver provocações por parte de outros associadas ao excesso de peso em adolescentes obesos, sendo descrita em 43% dos adolescentes e estando correlacionada a estados psicológicos negativos. São assim encontradas correlações entre provocações relacionadas com o peso, a autoestima e sintomas depressivos (Eisenberg, Neumark-Sztainer, Haines et al., 2006; Goldfield, Moore, Henderson et al., 2010; Libbey, Story, Neumark-Sztainer et al., 2008; McCormack, Laska, Gray et al., 2011; Puhl & Luedicke, 2012, cit. por Greenleaf, Petrie, & Martin, 2014).

Em síntese, o bem-estar pode ser classificado como uma experiência psicológica ideal. Este conceito pode ser distinguido em duas visões distintas, sendo uma primeira denominada de bem-estar subjetivo, e uma segunda, o bem-estar psicológico. A primeira abordagem pode ser definida por uma compreensão da dimensão afetiva (felicidade) e da dimensão cognitiva (satisfação com a vida) da avaliação subjetiva que cada indivíduo faz das suas experiências de vida. A segunda abordagem veio tentar colmatar as limitações apresentadas na primeira e pode ser descrita como sendo um modelo multidimensional de bem-estar com base em diversas conceções de autorrealização e crescimento pessoal do indivíduo, dando relevância também à adaptação e integração no seu ambiente social. Nesta dissertação, iremos focar-nos nesta segunda abordagem, dando especial ênfase à relação desta com a obesidade. Através dos estudos citados, pode entender-se que há uma relação entre a baixa autoestima, um reduzido autoconceito e uma baixa percepção de apoio social nos jovens com excesso de peso e obesidade.

Posto isto, será que a obesidade estará associada a um nível de bem-estar psicológico inferior, tendo os jovens com excesso de peso níveis superiores nas dimensões de ansiedade e cognitiva-emocional negativa? E terão estes mesmos jovens níveis inferiores em relação aos seus pares com peso normal, nas dimensões cognitiva-emocional positiva, percepção de competências e apoio social?

## 2.3. *Coping*

### 2.3.1. **Conceptualização do *coping*.**

Uma das definições mais conhecidas acerca do *coping* define-o como “esforços cognitivos e comportamentais, que estão constantemente a mudar, para lidar com exigências internas e/ou externas que são vistas como excedendo as capacidades da pessoa” (Lazarus & Folkman, 1984). A partir deste modelo, de Lazarus & Folkman, muitos modelos posteriores foram desenvolvidos.

O *coping* é um processo ou uma interação entre o indivíduo e o ambiente que o envolve, no qual existe uma avaliação subjetiva inicial da situação. Ou seja, pressupõe-se que há uma percepção e uma representação cognitiva da situação na mente do indivíduo, que terá como função ajudar na forma como o sujeito lida com as situações de maior *stress*. Esta avaliação consiste numa mobilização dos processos anteriormente referidos, de forma a que o indivíduo seja capaz de lidar com as exigências que resultam da sua interação com o ambiente, tendo sempre em vista o impacto destas no seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984).

A forma como os eventos de vida criam *stress* parece depender da forma com a qual os indivíduos percebem esses eventos, do modo como eles lidam com as exigências e com o *stress*, bem como da disponibilidade dos seus suportes sociais (Bornstein et al., 2003).

Na infância, diversas situações de *stress* podem ocorrer, incluindo aquelas associadas à dinâmica familiar, como o relacionamento conjugal dos pais, violência doméstica, agressão verbal e morte na família (Kristensen, Leon, D’Incao & Dell’Aglia, 2004; Romano, 1997; Ryan-Wenger, Sharrer & Campbell, 2005; Taxis, Rew, Jackson & Kouzekanani, 2004, cit. por Kristensen, Schaefer, & Busnello, 2010). Ao passo que, na adolescência, o *stress* pode manifestar-se tanto a partir das modificações sociais e cognitivas que o indivíduo vivencia nesse período como a partir da consequência das alterações biológicas que caracterizam a puberdade (Lipp, 1989, cit. por Kristensen et al., 2010).

Assim, dir-se-á que o *coping* é adaptado a dada situação quando este conduz a um ajustamento adequado. Esse ajustamento pode ser evidenciado através de “bem-estar, funcionamento social, e saúde somática” (Lazarus, DeLongis, Folkman, & Gruen, 1985, cit. por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Pode-se então avaliar a relação entre *coping* e saúde pela forma como as estratégias estão relacionadas ao bem-estar físico e mental da pessoa (Blumenthal, Babyak, Carney, Keefe, Davis, & LaCaille, 2006; Sorkin & Rook, 2006, cit. por Tomaz & Zanini, 2009).

O *coping* inclui tentativas cognitivas, emocionais e comportamentais para gerir as exigências impostas por fatores de *stress* (Lazarus, 1998, cit. por Syed & Seiffge-Krenke, 2015)

e pode ser dividido segundo a sua orientação, ou seja, o *coping* pode ser focado no problema ou focado na emoção (Lazarus & Folkman, 1984). O *coping* focado no problema envolve tentativas para diretamente enfrentar o *stressor*, como, por exemplo, procurando o suporte de outros (Lazarus, 1998; Seiffge-Krenke, 1995, cit. por Syed & Seiffge-Krenke, 2015). Por outro lado, o *coping* focado na emoção pode ser caracterizado por tentativas de regular as emoções ou diminuir o *distress* emocional, tais como estratégias de evitamento, minimização, distanciamento ou afastamento (Lazarus, 1993; Seiffge-Krenke & Klessinger, 2000, cit. por Syed & Seiffge-Krenke, 2015).

A escolha por um *coping* focado no problema ou por *coping* focado na emoção depende de uma avaliação da situação *stressora* na qual o indivíduo se encontra envolvido (Dell’Aglia, 2003, cit. por Kristensen, Schaefer, & Busnello, 2010). Também, de acordo com Pais Ribeiro & Rodrigues (2004), a distinção entre *coping* focado no problema e *coping* focado nas emoções é complexa. Estes autores referem assim que o *coping* focado no problema tende a predominar quando as pessoas sentem que pode ser feito algo de construtivo, e que o *coping* focado nas emoções tende a predominar quando as pessoas sentem que o *stressor* tende a persistir.

Para além disso, o *coping* é um conceito multidimensional e pode ter diversas funções. Pode servir para: resolver problemas externos ou para lidar com as emoções do próprio (Lazarus & Folkman, 1984); mudar o ambiente ou para se acomodar a ele (Brandtstadter & Renner, 1990; Rudolph et al., 1995, cit. por Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007) e/ou para lidar com interações *stressantes* ou para se afastar delas (Connor-Smith et al. 2000, cit. por Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Na infância e na adolescência, a investigação do *coping* é importante por dois motivos. Por um lado, o *stress* psicológico é um fator de risco significativo para a psicopatologia na infância e na adolescência (Grant, Compas, Thurm, McMahon, & Ey, 2000, cit. por Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001) e os modos com os quais as crianças e os adolescentes lidam com o *stress* são mediadores e moderadores potencialmente importantes para o impacto do *stress* na regulação psicológica e psicopatológica do jovem no presente e no futuro. O diferente desenvolvimento dos estilos e estratégias de *coping* na infância pode colocar o indivíduo em trajetórias mais ou menos adaptativas e pode ser um precursor de padrões de *coping* ao longo da vida adulta (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001). Por outro lado, bastantes intervenções psicológicas para a prevenção e tratamento da psicopatologia são designadas para aumentar as formas de *coping* de crianças e adolescentes (por exemplo, Clarke et al., 1995; Kendall et al., 1997, Compas et al., 2001). O esclarecimento acerca da natureza e da eficácia do *coping* na infância e na adolescência deve ajudar a informar

estas intervenções (Sandier, Wolchik, MacKinnon, Ayers, & Roosa, 1997, Compas et al., 2001) e a investigação referente à intervenção deve fornecer dados acerca da maleabilidade do *coping* e dos modos com os quais o contexto social pode facilitar o *coping* efetivo em crianças e adolescentes (Compas et al., 2001).

A investigação no *coping* em crianças e adolescentes pode ser distinguida da investigação do *coping* em adultos, pelo foco no que as crianças fazem, pelas suas respostas emocionais, cognitivas e comportamentais, ao lidar com as dificuldades que vão aparecendo nas suas vidas e em como estas respostas se vão mostrando e acumulando ao longo do tempo (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

### **2.3.2. Evolução do conceito**

O *coping* é um conceito que tem vindo a evoluir ao longo dos anos, existindo diferentes modelos pelos quais nos podemos seguir para uma melhor compreensão do mesmo.

Em crianças e adolescentes, a investigação inicial focava-se em modelos de *coping* em adultos, não possuindo assim a componente desenvolvimentista (Compas et al., 2001). Devido às diversas falhas associadas a não haver modelos específicos para crianças e adolescentes, surgiu a necessidade de serem criados modelos que contemplassem as diferentes especificações do processo de *coping* nas crianças e adolescentes, respondendo à complexidade destas faixas etárias (Compas et al., 2001). Assim, a investigação tem em conta não só as características biológicas e psicológicas específicas das crianças e adolescentes, mas também a forma como estes dependem dos adultos para viverem (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998, cit. por Kristensen et al., 2010).

Não obstante, as definições de *coping* para crianças e adolescentes não se focam apenas no desenvolvimento. A investigação é tipicamente separada por idades e foca-se nos *stressores* que a criança experiêcia, como o divórcio, a doença ou os conflitos parentais (Wolchik & Sandler, 1997, cit. por Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Teorias iniciais acerca do *coping* definiam-no como um sinónimo de um funcionamento adaptativo (Sandler, Wolchik, MacKinnon, Ayers, & Roosa, 1997, cit. por Bornstein et al., 2003). Contudo, conceptualizações mais recentes acerca do *coping* reconhecem que apesar de muitos indivíduos adotarem estratégias cognitivas e comportamentais de redução de *stress*, não significa que estas sejam sempre efetivas (Bornstein et al., 2003).

Nos anos seguintes a 1980, compreendeu-se que o *coping* é um processo complexo e multidimensional, que é sensível ao ambiente e às suas exigências e recursos, e às formas da personalidade que influenciam a avaliação do *stress* e dos recursos de *coping*. Descobriu-se



também que o *coping* está fortemente associado à regulação das emoções, especialmente o *distress*, ao longo do processo de *stress* (Folkman & Moskowitz, 2004).

Em 1933, Sigmound Freud (cit. por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004) designou por mecanismos de defesa os processos inconscientes que os indivíduos utilizavam para lidar com ameaças internas ou conflitos. Segundo Freud, todos estes mecanismos de defesa eram patológicos (Parker & Endler, 1992; cit. por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Mais recentemente Folkman e Moskowitz (2000) (cit. por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004) explicam que as abordagens contextuais do *coping* convergem nos seguintes aspetos: o *coping* tem múltiplas funções incluindo, mas não só, a regulação do *distress* e a gestão dos problemas que causam o *distress*; é influenciado pela avaliação das características do contexto de *stress*, incluindo a sua controlabilidade; é influenciado pelas características de personalidade, incluindo o otimismo, o neuroticismo e a extroversão; e é influenciado pelos recursos sociais.

As perspetivas de *coping* mais focadas na infância e na adolescência foram as descritas por Weisz e colaboradores (Band & Weisz, 1988; McCarty et al, 1999; Rudolph, Dennig, & Weisz, 1995; Weisz, McCabe, & Dennig, 1994, cit. por Compas et al., 2001), Skinner (1995) (cit. por Compas et al., 2001), Eisenberg e colaboradores (*e.g.*, Eisenberg, Fabes, & Guthrie, 1997, cit. por Compas et al., 2001), e Compas e colaboradores (*e.g.*, Compas, 1998; Compas, Connor, Osowiecki, & Welch, 1997; Compas et al., 1999, cit. por Compas et al., 2001).

O modelo de Weisz e colaboradores (cit. por Compas et al., 2001) é semelhante ao modelo de Lazarus e Folkman (1984) no sentido em que o *coping* é visto como direcionado para um objetivo e tem uma natureza motivacional. Contudo, no modelo de Weisz, os esforços de *coping* são direcionados para manter, aumentar ou alterar o controlo sobre o ambiente e sobre o próprio. Para além disso, Weisz e os seus colaboradores também distinguiram as respostas de *coping*, os objetivos que estão subjacentes a essas respostas e os resultados de *coping* (Rudolph et al., 1995, cit. por Compas et al., 2001).

O modelo de Compas (1987, cit. por Compas et al., 2001) também foi relevante na conceptualização do *coping*. Este é um processo que consiste em esforços conscientes e voluntários para regular as emoções, comportamentos e cognições, em resposta a eventos ou circunstâncias *stressoras*. Este processo será condicionado pelo desenvolvimento biológico, cognitivo, emocional e social de cada indivíduo. Assim, o nível de desenvolvimento do indivíduo é determinante no acesso às estratégias de *coping* a utilizar, assim como na definição dos limites nos recursos que o indivíduo pode adotar numa situação de *stress* (Compas et al., 2001).

Em 1994, Skinner e Wellborn (cit. por Compas et al., 2001) apresentaram uma nova forma de conceptualização do *coping*. Assim, o *coping* foi definido como a forma como as pessoas procuram regular o seu comportamento, as suas emoções e a sua orientação, numa situação que provoque *stress* no indivíduo. O *coping* pode então ser direcionado para a regulação do comportamento, para a regulação da emoção ou para a regulação da orientação. Este modelo concetualiza o *coping* como um processo que abrange respostas intencionais e voluntárias e respostas automáticas e involuntárias na gestão das diferentes situações de *stress*, sendo assim diferente do de Lazarus e Folkman (1984) (Skinner & Wellborn, 1994, cit. por Compas et al., 2001).

Eisenberg, Fabes e Guthrie (1997; cit. por Compas et al., 2001) apresentam uma abordagem semelhante à defendida por Skinner e Wellborn. Estes conceptualizam o *coping* como uma parte integrante de uma categoria mais abrangente que é a autorregulação, sendo o *coping* um processo de regulação em condições de *stress* para o indivíduo. Esta autorregulação tem três aspetos principais: a regulação direcionada para as emoções, a tentativa de regular a situação e a regulação comportamental.

Estas diferentes definições que têm vindo a surgir procuram abranger os diferentes campos de investigação, com vista a uma melhor compreensão do conceito e uma consequente evolução no trabalho realizado na área do *coping* (Compas et al., 2001). Para além disso, estas definições representam um consenso na definição de *coping* e partilham diversas características (Compas et al., 2013).

De acordo com Skinner e Zimmer-Gembeck (2007), as definições de *coping* são construídas com base na regulação e os processos emocionais, comportamentais, atencionais, cognitivos e sociais têm um papel explícito na compreensão deste constructo. O *coping* foca-se então na forma como estes subsistemas trabalham juntos para lidar com o *stress*. E o mais importante desta abordagem é que abre espaço para conceptualizações que são desenvolvimentistas.

Em primeiro lugar, semelhante à perspetiva de Lazarus e Folkman (1984), estas definições focam-se nos processos que ocorrem exclusivamente em resposta a eventos ou circunstâncias *stressantes* agudas e/ou crónicas. Ou seja, o *coping* refere-se a processos que são ativados em resposta ao *stress* (Compas et al., 2013).

Em segundo lugar, estas definições focam-se nos processos nos quais as pessoas fazem esforços em resposta a esse *stress*. Este foco no esforço implica que o *coping* seja controlado, com propósito, consciente e direcionado para um objetivo (Compas et al., 2013).

Em terceiro, tem-se verificado uma ênfase crescente no *coping* como forma de regulação em resposta ao *stress*. Esta ênfase tem ampliado a extensão do *coping* desde o trabalho de Lazarus e Folkman para incluir mais que apenas a gestão do *stress*. Assim, o *coping* integra a regulação de diversas funções, como a emoção, o comportamento, as cognições, a fisiologia e o meio ambiente (Compas et al., 2013).

### **2.3.3. Estratégias de *Coping* versus Estilos de *Coping***

Diversos investigadores distinguem “estilos de *coping*” de “estratégias de *coping*”. Apesar de o primeiro poder influenciar o segundo, são fenómenos independentes e têm diferentes origens teóricas (Antoniazzi et al., 1998; Ryan-Wenger, 1992, cit. por Kristensen et al., 2010).

As estratégias de *coping* podem ser consideradas como recursos cognitivos, emocionais e comportamentais que o indivíduo usa na tentativa de lidar com situações percebidas pela criança como *stressantes* e avaliadas como sendo uma sobrecarga aos recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984; Zeidner & Endler, 1996, cit. por Lisboa et al., 2002).

De acordo com Skinner e Zimmer-Gembeck (2007), as estratégias de *coping* podem ser vistas como a forma como o indivíduo responde numa situação de *stress* quando confrontado com um problema real. Estas adequam-se à situação apresentada e dependem dos recursos de cada indivíduo, sendo tão variadas que podem tornar-se infinitas.

De forma a categorizar e compreender o *coping*, têm sido descritas diversas abordagens, sendo as mais utilizadas as abordagens dicotómicas, que podem ser descritas como *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção, *coping* primário e *coping* secundário e, por fim, *coping* de aproximação ou *coping* de evitamento (Compas et al., 2001). Existe uma sobreposição entre dois: o *coping* focado no problema e o *coping* de aproximação envolvem ambas estratégias diretas para alterar a situação causadora de *stress*; o *coping* focado na emoção e o *coping* de evitamento são ambos esforços indiretos para o indivíduo se ajustar ao *stressor*, através da minoração das emoções ou do evitamento (Eschenbeck, Kohlmann & Lohaus, 2007).

Uma das limitações do *coping* diz respeito à dificuldade no desenvolvimento de uma linha consensual e consistente de organização das estratégias de *coping*. A categorização destas é feita de forma diferente consoante o autor, o que levanta alguns obstáculos à progressão da investigação na área (Compas et al., 2001). De facto, apesar de existir um consenso crescente, existe ainda um debate contínuo relacionado com a estrutura do *coping* e dos subtipos que melhor descrevem a natureza variada das respostas de *coping* (Compas et al., 2013).

Não obstante, e apesar de haver inúmeras referências a outras estratégias, existem 12 categorias de estratégias de *coping* mais frequentes: procura de suporte (por procura de informação ou procura de ajuda); fuga (cognitiva e/ou comportamental); resolução de problemas e ação instrumental; acomodação; oposição e negação; autoconfiança; agressão; isolamento social; negociação; desamparo e por último, reavaliação cognitiva positiva (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Também se tem descrito que as estratégias de *coping* mais frequentemente consideradas como dimensões centrais em termos teóricos e empíricos são: resolução de problemas (incluindo estratégias focadas na abordagem e no problema), procura de suporte (incluindo o suporte instrumental e emocional por parte de outros), afastamento (incluindo esforços para se afastar do *stressor*), distração (incluindo uma grande variedade de atividades alternativas agradáveis) e de regulação da emoção (Compas et al., 2001; Skinner et al., 2003, cit. por Eschenbeck et al., 2007).

Segundo Kristensen e colaboradores (2010), as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos adolescentes são autocontrolo e afastamento e fuga, e as menos utilizadas são as estratégias de confronto.

Em relação às estratégias de *coping*, têm-se vindo a verificar diferenças consoante o sexo e as idades das crianças e adolescentes. De acordo com Dell’Aglia (2003) (cit. por Kristensen et al., 2010), as diferenças referentes ao sexo podem ser explicadas pelas diferentes formas de socialização entre meninas e meninos, destacando que os meninos tendem a utilizar estratégias de *coping* competitivas e as meninas estratégias mais sociais. As diferenças relativas à procura de um suporte social por parte das raparigas, têm sido muito descritas pela literatura (*e.g.* Ebata & Moos, 1994; Hampel & Petermann, 2005; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990, cit. por Eschenbeck et al., 2007).

Em relação à idade, Compas e colegas (1991) (cit. por Kristensen et al., 2010) afirmam que as habilidades de *coping* focalizadas no problema parecem ser adquiridas mais cedo e as habilidades de *coping* focalizadas na emoção tendem a aparecer na infância tardia, desenvolvendo-se durante a adolescência, visto que as crianças muito pequenas não conseguem ter consciência dos seus processos emocionais e autorregular suas emoções. De acordo com Williams & McGillicuddy-DeLisi (1999) (cit. por Al-Bahrani, Aldhafri, Alkharusi, Kazem & Alzubiadi, 2013) os adolescentes mais velhos tendem a usar estratégias de *coping* como a resolução de problemas, a aceitação de responsabilidade, o autocontrolo e o uso de suporte social ao lidar com os problemas, usando estas estratégias mais frequentemente do que adolescentes mais novos. Para além disso, também têm mais tendência a alternar a estratégia

de *coping* quando entendem que a estratégia inicial não está a ser efetiva. Também Hampel e Petermann (2005) perceberam que a estratégia de “distração” diminuía com a idade. Contrastando com esta noção, outros estudos concluíram que o *coping* se mantém estável ao longo do tempo, não havendo assim diferenças em relação à idade (Alumran & Punamaki, 2008; Amirkhan & Auyeung, 2007; De Boo & Wicherts, 2009; Kirchner, Forns, Amador, & damaris, 2010; Mullis and Chapman, 2000, cit. por Al-Bahrani, Aldhafri, Alkharusi, Kazem, & Alzubiadi, 2013), o que demonstra que não existe consenso relativamente a esta temática.

Num estudo português de Dias (2014) percebeu-se que o nível de desenvolvimento dos adolescentes e o género influenciam o tipo de estratégias de *coping* que estes utilizam. Percebeu-se assim que as estratégias de *coping* “Apoio dos Pais” e “Distração/Evitamento” são mais frequentes na fase inicial da adolescência do que na adolescência média e na adolescência tardia. Para além disso, os resultados também demonstram que o uso da estratégia de *coping* “Expressão Emocional” é mais frequente no género feminino e que o uso da estratégia de *coping* “Atividade Social” é mais frequente no género masculino.

As dificuldades sentidas em relação às estratégias de *coping* estão ligadas à complexidade do próprio processo, bem como à infinidade de respostas possíveis por parte do indivíduo, visto que estas apresentam diferenças na sua função, na sua forma de expressão, estando relacionadas também com os recursos e o desenvolvimento do próprio sujeito (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

De acordo com Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), o uso repetido de determinadas estratégias de *coping* constitui-se como estilo de *coping*.

Os estilos de *coping* referem-se a características da personalidade do sujeito, ou seja, às formas habituais que a pessoa utiliza para lidar com o *stress* percebido (Antoniazzi et al., 1998; cit. por Kristensen et al., 2010).

Para Folkman e Lazarus (1980) (cit. por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), o *coping* é entendido como um processo dinâmico que muda em função da situação *stressante*, e considera-se que a existência de estilos de *coping* são contraproducentes na medida em que as respostas das pessoas ficariam bloqueadas em determinados modos, em vez de lhes permitir a flexibilidade de ajustar a resposta a situações em mudança.

Carver, Scheier e Weintraub (1989) referem-se a estilos de *coping* para designar modos estáveis de *coping* que as pessoas utilizam em situações *stressantes* com que se confrontam. Segundo esta perspetiva as pessoas possuem um conjunto de estratégias de *coping* que se mantêm relativamente fixas através do tempo e situações, mais do tipo traço.

De acordo com o modelo de *coping* utilizado nesta tese, o *coping* é centrado no processo em vez de no traço, e é distinto dos comportamentos automáticos adaptativos. É assim usado o termo esforços para salientar o processo em vez do resultado, e o termo gerir para evitar a ligação *coping* igual a sucesso. Ou seja, o esforço de *coping* pode não ser bem-sucedido e, então, não se pode definir com base no sucesso do processo (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Segundo Lazarus (1993) (cit. por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), a abordagem ao *coping*, nesta perspetiva, emerge na década de 70. Esta perspetiva caracteriza-se por ser microanalítica, contextual e orientada para o processo. Tem quatro características, tais como:

- Salientar a descrição de pensamentos e ações que ocorrem numa dada situação *stressante* ou em vários estádios dessa situação;
- Avaliar a situação de *coping* num contexto particular, assumindo que o que se passou muda com o tempo ou com a alteração da situação ou contexto, sendo um processo. Desta forma, a avaliação do *coping* não questiona o que a pessoa devia ou podia fazer ou pensar, ou o que costuma fazer numa dada situação, sendo ao invés o resultado de uma interação ativa entre a pessoa e o meio com base numa relação psicológica pessoa-meio;
- Avaliar o mesmo indivíduo em vários contextos e momentos para identificar a estabilidade e a mudança nas ações e pensamentos relacionados com o *coping*;
- Avaliar cada pessoa de forma individual, dado que este processo depende da pessoa, dos seus objetivos, dos resultados procurados e das suas preocupações, pelo que deve haver prudência na avaliação do processo de *coping*.

#### **2.3.4. Coping e Obesidade.**

A relação entre a obesidade e o *coping* é uma relação que tem sido pouco estudada, existindo uma carência de estudos que se foquem nos estilos e nas estratégias de *coping* mais utilizados pelos jovens com excesso de peso e com obesidade. Ao longo do tempo, em Portugal e no estrangeiro, poucos estudos têm tido em conta os estilos e estratégias de *coping* em amostras grandes de crianças e adolescentes obesos que incluíssem também autorrelatos da altura e do peso (Meier, Kohlmann, Eschenbeck, & Gross, 2010).

Heatherton e Baumeister (1991) (cit. por Zeeck, Stelzer, Linster, Joos & Hartmann, 2011) sugeriram um modelo no qual as compulsões alimentares seriam o resultado de fugir de um estado desagradável, representando uma forma mal adaptativa de *coping*.

Stauber e colegas (2004) (cit. por Rosa & Gonçalves, 2011), realizaram um estudo com crianças e adolescentes com obesidade, no qual verificaram que a ingestão compulsiva de alimentos se encontrava relacionada com pobres estratégias de *coping*. Para além disso,

também Eremis e colaboradores (2004) (cit. por Rosa & Gonçalves, 2011), mostraram que os pais dos adolescentes com obesidade consideravam que os seus filhos tinham uma maior tendência para exibirem mais problemas de controlo das emoções e dos comportamentos.

De facto, a maioria dos estudos que trabalhou a relação entre estilos de *coping* e perturbações alimentares, ora em amostras clínicas ora na população em geral, consideram que existem uma relação entre estilos de *coping* mal adaptativos e o risco de desenvolver uma perturbação alimentar (Mas, Fusté, García-Grau & Bados, 2015).

Num modelo de obesidade proposto por Mann-Luoma, Goldapp, Khaschei, Lamersm e Milinski (2002) (cit. por Meier et al., 2010), há uma relação interativa entre os problemas de nutrição, de atividade física e de regulação do *stress* em crianças e adolescentes. Por um lado, uma nutrição não saudável conduz a que os indivíduos estejam mais vulneráveis ao *stress*; por outro lado, o *stress* pode levar a uma nutrição não saudável. Também se a pessoa realizar exercício insuficiente, a redução do *stress* é difícil, contudo, o *stress* pode levar a que uma pessoa fique cansada, deixando assim de praticar atividade física. Esta falta de atividade não queima calorias suficientes e uma má nutrição não fornece nutrientes suficientes para o tempo de lazer e para a prática de desportos.

De acordo com Myers e Rosen (1999), num estudo realizado com 394 pessoas obesas, que tinha como objetivo compreender a estigmatização que estes sofriam enquanto obesos e as formas de *coping* que usavam para lidar com essas situações, percebeu-se que as estratégias de *coping* que as pessoas mais usavam incluíam: ignorar a situação, não respondendo; evitamento, saindo da situação; chorar, isolando-se; falar negativamente consigo próprio; comer; procurar ajuda de outras pessoas com ou sem excesso de peso; dieta; violência física; e/ou respostas negativas.

Para além disso, outros estudos sugerem que estratégias de coping de evitamento estão relacionadas com maus hábitos alimentares em adolescentes (Martyn-Nemeth, Penckofer, Gulanick, Velsor-Friedrich, & Bryant, 2009).

Num estudo realizado por Stauber e colaboradores (2004) (cit. por Meier et al., 2010) em crianças e adolescentes, obesas e com peso normal, percebeu-se que não havia diferenças entre as estratégias de *coping* dos adolescentes obesos dos do grupo de controlo. Por outro lado, Meier e colegas (2010) perceberam que existem diferenças nas estratégias de *coping* entre crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade, em relação aos pares com peso normal. Estas diferenças não estavam tão relacionadas com o peso em si, mas com a percepção que o jovem tinha do seu peso. Por exemplo, as crianças e adolescentes obesas que tinham

autoavaliações positivas não realistas do seu peso relataram ter estratégias de *coping* semelhantes às relatadas pelos jovens com peso normal.

De acordo com Martins (2011), num estudo português com 218 pessoas obesas, as estratégias de coping que estas pessoas utilizam mostram ser desajustadas e foram associadas a um aumento do *distress*, estando também associadas a sintomatologia psicopatológica.

Num estudo de Silva (2009) (cit. por Fernandes, 2011) com 267 crianças Portuguesas entre os 8 e os 12 anos, foi evidenciado que as crianças com obesidade usam menos estratégias de *coping* cognitivo-comportamentais. O mesmo também se verifica relativamente à perceção da eficiência das estratégias cognitivo-comportamentais, no qual as crianças obesas consideram as estratégias menos eficientes quando comparadas com os restantes grupos.

Também num estudo português de Fernandes (2011), com 39 participantes entre os 8 e os 12 anos, se analisou as estratégias de *coping* e a sua relação com a obesidade. O objetivo do estudo era o de avaliar a eficácia de um programa de intervenção psicológica de grupo na obesidade infantil ao nível do IMC, padrões e atitudes alimentares da criança, autoconceito, estratégias de *coping* e atitudes alimentares dos pais. Em relação às estratégias de *coping*, a única diferença significativa que existiu entre grupos foi o facto de o grupo de controlo considerar que as estratégias de *coping* utilizadas eram mais eficazes do que as crianças com obesidade.

Resumindo, o estudo do *coping* em crianças e adolescentes é uma área que tem vindo a evoluir, permitindo que haja uma melhor compreensão relativamente às estratégias e aos estilos de *coping* que as crianças e adolescentes mais utilizam. Não obstante, a relação do *coping* com a obesidade ainda não foi muito estudada, o que nos leva à questão: será que em Portugal as estratégias de *coping* diferem em adolescentes com obesidade e sem obesidade?



### 3. Metodologia

Este capítulo encontra-se estruturado de forma a dar a compreender a metodologia utilizada para o presente estudo. Primeiramente descreve-se o tipo de investigação, os objetivos gerais e respetivas questões de investigação. De seguida, procede-se à descrição geral dos instrumentos utilizados, com base nos autores que os formularam, traduziram e aferiram para a população portuguesa. Por último, relata-se em detalhe a amostra, os procedimentos e os aspetos éticos envolvidos na recolha, bem como o tratamento e análise de dados para o presente estudo.

#### 3.1. Tipo de Investigação

O presente estudo é constituído por uma metodologia quantitativa de natureza exploratória. A opção por este tipo de metodologia deveu-se ao fato de este tema ainda não ter sido aprofundado em Portugal, sendo que os objetivos presentes no estudo foram os de compreender e analisar o bem-estar psicológico e as estratégias de *coping* numa população de adolescentes com e sem obesidade.

#### 3.2. Objetivos Gerais e Questões de Investigação

Os objetivos gerais da presente investigação prendem-se com a avaliação do bem-estar psicológico dos adolescentes, bem como de perceber quais são as formas mais utilizadas por estes para lidar com situações adversas. Para além disso, o estudo pretende relacionar as variáveis de bem-estar psicológico e dos estilos de *coping* em adolescentes com e sem obesidade. Mais especificamente, com esta investigação pretende-se: avaliar o bem-estar psicológico e os estilos de *coping* dos adolescentes com e sem obesidade; explorar a relação entre o bem-estar psicológico e os estilos de *coping* dos adolescentes com e sem obesidade e fazer um estudo psicométrico dos instrumentos utilizados (EBEPA e Brief COPE) para uma população de adolescentes com e sem obesidade.

**Questão Central:** Em que medida é que o excesso de peso é um fator que tem influência no bem-estar psicológico e nas estratégias de *coping* em adolescentes?

Após colocar esta primeira questão central e refletir sobre as suas implicações teóricas e práticas, foram definidos os seguintes objetivos gerais e respetivas questões de investigação:

**Objetivo 1:** Analisar a estrutura fatorial e consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo.

**Objetivo 2: Avaliar e comparar o bem-estar psicológico de adolescentes com e sem obesidade.**

Questão de investigação 2.1. – Qual será o índice de bem-estar psicológico dos jovens com excesso de peso?

Questão de investigação 2.2. – Será que existem diferenças significativas em relação ao nível de bem-estar psicológico total entre os jovens com excesso de peso e os jovens com um peso normal?

Questão de investigação 2.3. – Será que existem diferenças significativas em relação às dimensões do nível de bem-estar psicológico entre os jovens com excesso de peso e os jovens com um peso normal?

**Objetivo 3: Avaliar e comparar as estratégias de *coping* de adolescentes com e sem obesidade.**

Questão de Investigação 3.1. – Quais são as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos adolescentes com excesso de peso?

Questão de Investigação 3.2. – Será que existem diferenças significativas nas estratégias de *coping* utilizadas entre os adolescentes com excesso de peso e os com peso normal?

**Objetivo 4: Compreender de que forma as diferentes variáveis dependentes no estudo se relacionam.**

Questão de investigação 4.1. – Será que existe uma relação entre o índice total de bem-estar psicológico e as diferentes estratégias de *coping*?

Questão de investigação 4.2. – Será que existe uma relação entre as dimensões de bem-estar psicológico e as diferentes estratégias de *coping*?

### **3.3.Instrumentos**

#### **3.3.1. Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA).**

A escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes é um instrumento que tem como objetivo principal avaliar o Bem-Estar psicológico dos adolescentes. Este instrumento foi criado por Bizarro (1999) e destina-se a jovens dos 12 aos 18 anos. É constituída por 28 itens, aos quais os jovens respondem num formato de *rating scale* com uma escala de 6 pontos (1 - Nunca, 2 - Raras vezes, 3 - Algumas vezes, 4 - Bastantes vezes, 5 - A maior parte das vezes, 6 - Sempre), e é relativa à autoavaliação da frequência de ocorrência de cada item para a vida do adolescente.

Estes 28 itens são distribuídos por cinco subescalas, a ansiedade (ANS), a Cognitiva-Emocional Negativa (CEN), a Cognitiva-Emocional Positiva (CEP), o Apoio Social (AS) e Percepção de Competências (PC).

Na dimensão de *ansiedade* foram incluídas algumas reações de ansiedade típicas de adolescentes e que podem afetar o bem-estar psicológico, quando frequentes e intensas e dimensão *cognitivo-emocional negativa* avalia os aspectos cognitivos e emocionais do bem-estar com uma valência mais negativa. Estas duas subescalas avaliam os aspectos mais negativos do bem-estar psicológico, na qual uma maior frequência de ocorrência corresponde a um menor nível de bem-estar psicológico.

Dentro das subescalas que avaliam os aspectos mais positivos do bem-estar psicológico, a dimensão *cognitiva-emocional positiva* avalia aspectos cognitivos e emocionais do bem-estar com uma valência mais positiva, a subescala de *percepção de competências* avalia a percepção global de competências em geral, no domínio escolar e de resolução de problemas e a subescala de *apoio social* avalia a percepção dos adolescentes em relação à existência no espaço sociorrelacional do jovem de pessoas que lhes possam assegurar um apoio emocional. Uma maior pontuação nestas três escalas significa que existe um maior nível de bem-estar psicológico.

As qualidades psicométricas deste instrumento foram avaliadas a partir de estudos de validação psicométrica, tendo apresentado bons valores de precisão relativamente à adequabilidade das cinco dimensões propostas como integrantes do constructo de bem-estar psicológico dos adolescentes, sendo que os valores Alpha de Cronbach de cada sub-escala oscilam entre .85 e .90, indicando boas consistências internas (Bizarro, 2001).

A cotação da escala é feita através do somatório das respostas dadas a cada um dos itens que compõem cada uma das subescalas, dividindo depois este valor pelo número de itens dessa subescala, podendo os resultados variar entre 1 e 6, sendo também possível calcular o Índice de Bem-estar psicológico total (Bizarro, 2001).

### **3.3.2. Brief COPE**

O questionário brief COPE é um instrumento que avalia estratégias de *coping* e foi originalmente criado por Carver, em 1989 (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989), sendo desenvolvido a partir do modelo de *coping* de Lazarus & Folkman, (1984) e do modelo da autorregulação comportamental (Carver & Scheier, 1981, 1983, 1985; Scheier & Carver, 1988, cit. por Carver et al., 1989). A versão inicial do COPE continha 60 questões, distribuídas por 15 escalas. Por ser demasiado demorada, foi feita uma versão reduzida denominada de “brief

COPE”, que contém 28 itens divididos por 14 escalas. A versão portuguesa da escala foi traduzida e adaptada por Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004).

Os itens são redigidos em termos da ação que as pessoas implementam, e a resposta é dada numa escala ordinal com quatro alternativas (de “0” a “3”) desde “nunca faço isto - 0” até “faço quase sempre isto - 3”. O resultado final é apresentado como um perfil das várias estratégias utilizadas, não havendo uma soma das diferentes estratégias.

As 14 subescalas deste instrumento podem ser descritas por:

- *Coping ativo*: Iniciar-se uma ação ou fazer esforços, de forma a remover ou circunscrever o *stressor*;
- *Planear*: Pensar sobre o modo de se confrontar com o *stressor*, planear os esforços de coping ativos;
- *Utilizar suporte instrumental*: Procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer;
- *Utilizar suporte social emocional*: Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém;
- *Religião*: Aumento de participação em atividades religiosas;
- *Reinterpretação positiva*: Fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável;
- *Autoculpabilização*: Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu;
- *Aceitação*: Aceitar o facto que o evento stressante ocorreu e é real;
- *Expressão de sentimentos*: Aumento da consciência do stress emocional pessoal e tendência para exprimir ou descarregar esses sentimentos;
- *Negação*: Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante;
- *Autodistração*: Desinvestimento mental do objetivo com que o *stressor* está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou auto distração;
- *Desinvestimento comportamental*: Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objetivo com o qual o *stressor* está a interferir;
- *Uso de substâncias (medicamentos/ álcool)*: Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do *stressor*;
- *Humor*: Fazer piadas acerca do *stressor*.

O estudo da consistência interna com recurso ao Alfa de Cronbach mostra valores adequados e satisfatórios, tomando em consideração que apenas existem dois itens por escala. Existe apenas uma escala com valor inferior a 0,60, a escala da aceitação (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

### 3.4. Amostra

A amostra da presente investigação é composta por 154 jovens, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos. A aplicação dos questionários foi realizada em diversos locais, sendo recolhidos 90 questionários numa escola da região de Leiria, 18 numa sede escutista também desta região, 8 com jovens do projeto AMEA Teens e foram também recolhidos 38 questionários com outros jovens selecionados aleatoriamente da região de Leiria/Fátima.

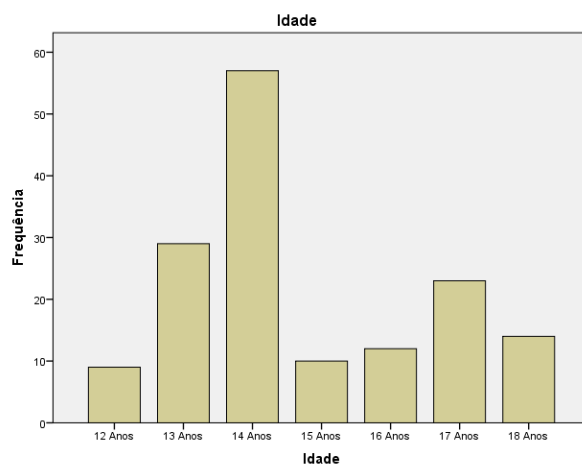
O projeto AMEA Teens pode ser definido como sendo uma associação que pretende apoiar famílias de baixo estatuto socioeconómico que tenham adolescentes com e sem obesidade a partir dos 12 anos. A recolha de questionários foi realizada num dos encontros que estes jovens têm com nutricionistas.

A amostra contou com uma população de jovens com excesso de peso de 14,3% e de 11,7% de adolescentes com obesidade, obtendo assim uma população de 74% para jovens com um peso normal. Estes dados são ligeiramente inferiores a outros estudos da população portuguesa, como aos dados da OMS, que define a prevalência de pré-obesidade para 21%, e de 15% para a obesidade (Viveiro et al., 2015), aos dados encontrados por Sousa (2011), nos quais a prevalência de pré-obesidade é de 22,6% e a de obesidade é de 7,8%. Não obstante, dado que a amostra da investigação foi limitada, decidiu juntar-se os jovens com excesso de peso e com obesidade em apenas um grupo, de forma a poder ter uma margem superior de população para se poder analisar e porque na literatura descrita anteriormente relativa ao bem-estar e às estratégias de *coping* não se encontram diferenças significativas entre jovens com excesso de peso e com obesidade.

Em relação ao género é apresentada uma população do sexo feminino de 102 indivíduos (66,2%) e de 52 jovens do sexo masculino (33,8%).

Relativamente ao ano de escolaridade, 40% dos jovens encontra-se no 9º ano de escolaridade, 22% encontra-se no 8º ano, 16,2% encontra-se no 12º ano e 11% encontra-se no 11º ano. No 7º Ano encontram-se 5,2% dos jovens, no 10º ano encontram-se 3,9% dos jovens, no 6º ano encontra-se apenas 0,6% e também se encontram desistências com uma frequência de 0,6%.

No que diz respeito à idade, os jovens encontravam-se com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, sendo que a média de idades foi de 14,73 anos. De seguida encontra-se uma figura descritiva da frequência das idades dos participantes na investigação.



**Figura 2 – Frequência das idades da amostra**

### **3.5. Procedimentos**

A recolha de dados foi realizada nos locais acima referidos, numa única vez e com uma duração média de 10 a 15 minutos. Todos os participantes responderam aos questionários de forma anónima e em locais seleccionados para o efeito, de forma a proporcionar boas condições de resposta aos questionários e a manter a confidencialidade e o anonimato dos mesmos.

Numa fase inicial, foi apresentado a todos os jovens participantes uma folha de consentimento informado (ver anexo D), sendo que, para os jovens com idades inferiores a 16 anos, foi requerido que estes levassem esta folha para os encarregados de educação assinarem. Este limite de idade foi assim estabelecido por se considerar que a partir dos 16 anos o jovem atinge a maioridade penal e como tal passa a estar responsável pelos seus atos.

Após a apresentação do consentimento informado, foram apresentados os dois instrumentos aos jovens (EBEPA e Brief COPE), bem como uma folha de rosto que lhes pedia algumas informações sociodemográficas, tais como a idade, o sexo, a altura, o peso e o ano de escolaridade (ver anexo A). Foi sempre dada instrução aos jovens sobre o correto preenchimento dos questionários, assim como foi garantida a confidencialidade das suas respostas. Para além disso, também foi dada aos participantes a possibilidade de desistirem se assim o desejarem.

Após a aplicação dos questionários, todos os autorrelatos do peso e da altura foram convertidos para IMC e analisados consoante as curvas de crescimento, sendo que, após se definir o IMC de cada jovem, este foi classificado como tendo sobrepeso, peso normal, excesso de peso ou obesidade.

## **4. Resultados**

Os dados quantitativos foram analisados através do programa SPSS, versão 22.0. Inicialmente o tratamento dos dados foi feito pela análise fatorial dos dois instrumentos utilizados, sendo que posteriormente se procedeu à análise descritiva dos dados obtidos na amostra. Depois foi realizada uma análise mais profunda dos dados recolhidos.

### **4.1. Estudo dos instrumentos utilizados**

De forma a ir ao encontro do primeiro objetivo desta investigação, na primeira fase deste estudo, procedeu-se a uma análise fatorial dos instrumentos utilizados no presente trabalho. O objetivo desta análise será o da adequação das dimensões teóricas às estruturas fatoriais observadas. De seguida, procedeu-se à avaliação da consistência interna dos instrumentos e das respetivas dimensões encontradas, através do coeficiente alfa de Cronbach, sendo que, no fim, se realizou a análise descritiva e a análise das intercorrelações de cada um dos instrumentos.

#### **4.1.1. Análise Fatorial, Análise de Consistência Interna, Análise Descritiva e Análise de Intercorrelações da Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA)**

Com o objetivo de avaliar a estrutura relacional dos itens foi feita uma análise fatorial exploratória sobre a matriz de correlações, com extração dos fatores pelo método dos componentes principais seguido de uma rotação Varimax. Foram assim encontrados 4 fatores que apresentavam um valor próprio superior a 1, estando em consonância com o *screenplot* e com a percentagem de variância retida.

Ao analisar os fatores que se obtiveram foi possível verificar que se encontram 4 fatores, sendo menos um do que o encontrado pela autora (Bizarro, 2001). Estes 4 fatores justificam 61,120% da variância total. A análise da saturação de cada item em cada fator (a um nível de significância de 0,50) demonstrou que todos os itens tinham uma significância estatística relevante, não tendo sido eliminado nenhum fator.

Na tabela 1 são apresentados os quatro fatores que agrupam as dimensões do bem-estar psicológico, os seus valores próprios, a percentagem de variância explicada por fator e o peso fatorial de cada item nos 4 fatores.

**Tabela 1.***Padrão fatorial do EBEPA (Rotação Varimax normalizada)*

<b>Fatores</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>III</b>
<b>Valor próprio</b>	5,13	4,33	3,96	3,69
<b>% da Variância Explicada</b>	18,32	15,46	14,13	13,20
3. Achei que era capaz de ser suficientemente bom no trabalho escolar	,752			
5. Gostei de mim próprio	,738			
7. Consegui ver o lado positivo das coisas	,733			
1. Achei que era capaz de fazer as coisas tão bem como os outros	,689			
10. Gostei das coisas que fazia	,685			
13. Estive empenhado nas coisas que fazia	,665			
12. Senti-me uma pessoa feliz	,646			
18. Achei que era capaz de resolver os meus problemas do dia-a-dia	,623			
24. Aconteceram na minha vida coisas que gostei	,549			
27. Achei que era capaz de resolver os problemas que tive com amigos	,508			
21. Achei que não tinha nada a esperar no futuro		,844		
22. Achei que não era capaz de fazer nada bem feito		,789		
16. Achei que nada aconteceu como esperava		,656		
8. Achei a minha vida sem qualquer interesse		,641		
26. Senti-me tão em baixo que nada me conseguiu animar		,633		
4. Senti-me triste e desencorajado a ponto de achar que já nada valia a pena		,582		
19. Achei que tinha alguém com quem desabafar			,865	
2. Tive um/a amigo/a íntimo/a a quem pude contar os meus problemas			,850	
25. Achei que tinha alguém verdadeiramente meu amigo			,787	
2. Tive um/a amigo/a íntimo/a que me compreendeu mesmo			,783	
15. Tive colegas ou amigos com quem pude passar os meus tempos livres			,643	
28. Tive colegas ou amigos com quem gostei de estar			,563	
11. Senti-me nervoso, tenso				,770
6. Andei Irritado				,722
20. Senti-me ansioso, preocupado				,712
17. Tive dores de cabeça				,710
14. Senti-me ao ponto de explodir		,537		,622
23. Senti dificuldade em me acalmar		,614		,578

O primeiro fator agrupa os itens das dimensões de “Perceção de competências” e “Cognitiva-emocional positiva”. O segundo fator engloba os itens da dimensão cognitivo-emocional negativa e o terceiro agrupa os itens da dimensão de “Apoio social”. O último fator agrupa os itens da dimensão de “Ansiedade”. Optou-se por se juntar o item “senti dificuldade em me acalmar” a este último fator, não só porque havia uma diferença mínima entre este fator e o segundo, mas principalmente para ir ao encontro do enquadramento teórico da dimensão.



Para aferir a qualidade da análise fatorial exploratória, verificou-se os valores do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), observando-se um valor de 0.894, que nos indica que a análise fatorial é boa. Para além deste teste, também se verificou o nível de significância do teste de esfericidade de Barlett, que nos indicou um valor de  $p=,00$ , inferior a 0,05, e que nos indica que as variáveis são correlacionáveis (Pereira & Patrício, 2013).

O Alfa de Cronbach do instrumento apresenta um resultado de ( $\alpha=.93$ ), o que significa que a consistência interna do instrumento é muito boa (Pereira & Patrício, 2013). Ao analisar a consistência interna de cada fator, conclui-se que todas as dimensões têm valores de  $\alpha$  elevados.

O Fator 1, que contém 10 itens, corresponde à dimensão “Cognitiva-Emocional positiva”. Os itens pertencentes a esta nova dimensão pertenciam às dimensões “Perceção de Competências” e “Cognitiva Emocional Positiva”, mas emergiram como um fator comum. Esta dimensão avalia aspetos cognitivos e emocionais do bem-estar psicológico com uma valência mais positiva, para além de também avaliar a perceção global de competências em geral, a resolução de problemas e o domínio escolar. Esta dimensão apresentou um valor de consistência interna satisfatório ( $\alpha=.89$ ).

O Fator 2, que contém 6 itens, corresponde à dimensão “Cognitiva-emocional negativa”. Esta dimensão avalia aspetos cognitivos e emocionais do bem-estar psicológico com uma valência mais negativa. Esta dimensão apresentou um valor de consistência interna satisfatório ( $\alpha=.88$ ).

O Fator 3, que contém 4 itens, corresponde à dimensão “Apoio Social”. Esta dimensão avalia a perceção dos adolescentes em relação à existência, no espaço sócio relacional do jovem de pessoas que lhes possam assegurar um apoio emocional. Esta dimensão apresentou um valor de consistência interna satisfatório ( $\alpha=.87$ ).

O Fator 4, que engloba 6 itens, corresponde à dimensão “Ansiedade”. Esta dimensão avalia algumas reações de ansiedade típicas. Esta dimensão apresentou um valor de consistência interna satisfatório na base de dados comum ( $\alpha=.88$ ).

A análise descritiva (média e desvio-padrão) e as intercorrelações das dimensões da EBEPA encontram-se representadas na Tabela 2.

**Tabela 2.**

*Média, Desvio-padrão e Correlações das Dimensões do EBEPA e do Índice Total de Bem-estar Psicológico*

	M	Dp	Cognitiva- Emocional Positiva	Cognitiva- Emocional Negativa	Apoio Social	Ansiedade	Bem-Estar Psicológico Total
Cognitiva- Emocional Positiva	4,31	,868		-,50**	,43**	-,40**	,75**
Cognitiva- Emocional Negativa	2.14	,920			-,26**	,75**	-,86**
Apoio Social	4,98	,983				-,16*	,59**
Ansiedade	3.04	1,11					-,78**
Bem-Estar Psicológico Total	4,42	,767					

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

\* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

Para analisar as intercorrelações das dimensões do EBEPA, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* dado que a amostra segue uma normalidade. Apesar de, em algumas dimensões, o nível de significância no teste de *Kolmogorov-Smirnov-Liliefors* ser inferior a ( $p < 0,05$ ), após analisar as assimetrias e as curtoses de cada uma das dimensões e verificar que os valores eram inferiores a  $<2.58$  e  $<3.29$ , respetivamente, pôde perceber-se que não havia transgressões graves à normalidade e que se poderia prosseguir com testes paramétricos.

Os valores médios obtidos nesta população para o índice de bem-estar psicológico total são de 4,42 ( $dp=,767$ ).

Ao analisar-se a tabela, verifica-se a existência de uma correlação moderada e positiva entre a dimensão “Cognitiva-emocional positiva” e a dimensão “Apoio social” e uma correlação alta e positiva com o índice total de bem-estar psicológico. Para além disso, esta dimensão também tem uma correlação moderada e negativa com as dimensões “Cognitiva-emocional negativa” e “Ansiedade”.

Encontra-se uma correlação forte e negativa entre a dimensão “Cognitiva-Emocional Negativa” e o índice total de Bem-Estar Psicológico. Esta escala tem também uma correlação forte e positiva com a dimensão “Ansiedade”. A correlação entre esta escala e a dimensão de “Apoio social” é moderada e positiva.

A dimensão de “Apoio social” apresenta uma correlação moderada e positiva com o índice total de bem-estar psicológico. Por fim, a dimensão “Ansiedade” tem uma correlação forte e negativa com o índice de bem-estar psicológico.

#### 4.1.2. Análise Fatorial, Análise de Consistência Interna, Análise Descritiva e Análise de Intercorrelações do instrumento Brief COPE

De forma a avaliar a estrutura relacional dos itens foi feita uma análise fatorial exploratória sobre a matriz de correlações, com extração dos fatores pelo método dos componentes principais seguido de uma rotação Varimax. Foram assim encontrados 8 fatores que apresentavam um valor próprio superior a 1, estando em consonância com o *screenplot* e com a percentagem de variância retida.

Ao analisar os fatores que se obtiveram, foi possível verificar que se encontram 8 fatores, sendo menos um do que o encontrado pelos autores (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Estes fatores justificam 62,45% da variância total. A análise da saturação de cada item em cada fator (a um nível de significância de 0,40) demonstrou que todos os itens tinham uma significância estatística relevante, não tendo sido eliminado nenhum fator. A decisão de reconhecer saturações superiores a 0,40 deve-se ao facto de este ter sido o critério utilizado pelos autores (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Na tabela 3 são apresentados os oito fatores que agrupam as dimensões do instrumento, os seus valores próprios, a percentagem de variância explicada por fator e o peso fatorial de cada item nos 8 fatores.

**Tabela 3.**  
*Padrão fatorial do Brief COPE (Rotação Varimax normalizada)*

Fatores	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
<b>Valor próprio</b>	3,79	2.53	2.34	2.08	1.86	1.85	1.71	1.62
<b>% da Variância Explicada</b>	13,52	9.05	8.35	7.42	6.65	6.60	6.14	5.80
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	,678							
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação	,659							
24. Tento aprender a viver com a situação	,638							
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho de fazer	,633							
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação	,629							
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torna-la mais positiva	,594							

17. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer	,568
20. Tento aceitar as coisas tal como elas estão a acontecer	,551
10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	,797
15. Procuro o conforto e a compreensão de alguém	,713
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	,656
5. Procuro o apoio emocional de alguém	,644
3. Tenho dito a mim próprio(a): "isto não é verdade"	,780
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo	,751
6. Simplesmente desisto de tentar lidar com isso	,580
26. Culpo-me pelo que está a acontecer	,504
16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação	,474
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas para me sentir melhor	,908
11. Uso Álcool ou outras drogas para me ajudar a ultrapassar a situação	,902
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	,810
28. Enfrento a situação com sentido de humor	,769
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	,849
27. Tenho rezado ou meditado	,849
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	,828
9. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos	,693
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver tv, ler, sonhar ou ir às compras	,674
1. Refugio noutras atividades para me abstrair da situação	,531
13. Faço críticas a mim próprio	,441

Para aferir a qualidade da análise fatorial exploratória, verificaram-se os valores do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), observando-se um valor de 0.713, que nos indica que a análise fatorial é apropriada. Para além deste teste, também se verificou o nível de significância do teste de esfericidade de Barlett, que nos indicou um valor de  $p=,00$ , inferior a 0,05, e que nos indica que as variáveis são correlacionáveis (Pereira & Patrício, 2013).

O Alfa de Cronbach do instrumento apresenta um resultado de ( $\alpha=.77$ ), o que significa que a consistência interna do instrumento tem valores aceitáveis (Pereira & Patrício, 2013). Ao

analisar a consistência interna de cada fator, conclui-se que todas as dimensões têm valores de  $\alpha$  elevados, exceto o fator 8, que apresenta um valor de  $\alpha$  inaceitável.

O fator 1, que contém 8 itens, agrupa as dimensões propostas pelo autor “Planejar”, “*Coping* ativo”, “Aceitação” e “Reinterpretação positiva”. Assim, será denominado de “*Coping* positivo” porque engloba estratégias de iniciar a ação para remover ou circunscrever o *stressor*, pensar sobre o modo de se confrontar com este, aceitar que o evento *stressante* é real e fazer o melhor da situação a partir dela. Esta dimensão apresentou um valor de consistência interna satisfatório ( $\alpha=.82$ ).

O fator 2, que contém 4 itens, agrupa as dimensões definidas pelo autor como “Utilizar um suporte instrumental” e “Utilizar um suporte social e emocional”. Nesta investigação, este fator terá o nome de “Utilizar um suporte” e pode ser descrito pela utilização de estratégias de procura de ajuda acerca do que fazer e de procura de um suporte emocional de alguém. Esta dimensão apresentou um valor de consistência interna satisfatório ( $\alpha=.77$ ).

O fator 3, que contém 5 itens, agrupa itens das dimensões “Negação”, “Desinvestimento comportamental” e “Autoculpabilização”. Será assim denominado de “*Coping* negativo” dado que se descreve por itens que relatam estratégias de rejeitar a realidade do acontecimento *stressante*, de desistir e de se culpabilizar a si próprio pelo que aconteceu. Esta dimensão apresentou um valor de consistência interna satisfatório ( $\alpha=.72$ ).

O fator 4, com dois itens, agrupa os itens da subescala “Uso de substâncias” definida pelo autor. Pode ser descrita por se usar o álcool ou outras drogas como meio de desinvestir do *stressor*. Esta dimensão apresentou um valor de consistência interna satisfatório ( $\alpha=.91$ ).

O fator 5, com dois itens, agrupa os itens da subescala “Humor” e pode ser descrita como lidar com a situação e com o *stressor* com humor. Esta dimensão apresentou um valor de consistência interna satisfatório ( $\alpha=.71$ ).

O fator 6, também com 2 itens, agrupa os itens da subescala “Religião”. Pode ser descrita pela participação em atividades religiosas. Esta dimensão apresentou um valor de consistência interna satisfatório ( $\alpha=.79$ ).

O fator 7, também com 2 itens, agrupa os itens da subescala “Expressão de sentimentos” que se descreve pela tendência em exprimir os sentimentos. Esta dimensão apresentou um valor de consistência interna satisfatório ( $\alpha=.71$ ).

Por último, o fator 8, com 3 itens, agrupa os itens da subescala “Autodistração” e de “Autoculpabilização” pode ser descrito como um desinvestimento mental do objetivo com o qual o *stressor* está a intervir e a culpar-se e criticar-se pelo que está a acontecer. Esta escala será denominada de “Ruminação”. Esta dimensão apresentou um valor de consistência interna

insatisfatório ( $\alpha=.41$ ). Como este valor é insatisfatório, optou-se por se remover a escala e trabalhar apenas com 7 fatores.

A análise descritiva (média e desvio-padrão) e as intercorrelações das dimensões do Brief COPE encontram-se representadas na Tabela 4.

**Tabela 4.**

*Média, Desvio-padrão e Correlações das Dimensões do Brief COPE*

	M	Dp	Coping positivo	Utilizar um suporte	Coping Negativo	Uso de substâncias	Humor	Religião	Expressão de sentimentos
Coping Positivo	<b>1,76</b>	,57		,41**	-,22**	-,20*	,28**	,16*	,09
Utilizar um suporte	1,60	,77			-,09	-,17*	,13	,31**	,27**
Coping Negativo	,93	,61				,17*	-,04	,03	,17*
Uso de substâncias	<b>,16</b>	,45					,12	-,07	-,09
Humor	1,37	,80						,14	-,06
Religião	,87	,86							,13
Expressão de sentimentos	1,24	,76							

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

\* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

Para analisar as intercorrelações das dimensões do Brief COPE foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* dado que a amostra não segue uma normalidade. Este teste irá assim avaliar a forma com as quais as variáveis contínuas se correlacionam e analisar a força e a direção da relação existente entre estas, sendo uma alternativa não-paramétrica ao teste de *Pearson*.

A média mais alta de todas as dimensões é a do “*Coping* positivo” e a média que se encontra mais baixa é a da dimensão “Uso de substâncias”.

Relativamente às correlações entre as dimensões, percebeu-se que a dimensão “*Coping* positivo” tem uma correlação moderada e positiva com a dimensão “Utilizar um suporte”, uma relação baixa e positiva com a dimensão de “Humor” e uma correlação fraca e negativa com a dimensão “*Coping* negativo”.

A dimensão “Utilizar um suporte” tem uma correlação baixa e positiva com as dimensões “Religião” e “Expressão de sentimentos”.

## 4.2. Análise do bem-estar psicológico

De acordo com Bizarro (1999), a média para o índice de bem-estar psicológico é de 4,51. Segundo a análise descritiva feita pela amostra encontrada, obteve-se um índice de bem-estar psicológico médio de 4,42 ( $dp=0,77$ ), estando ligeiramente abaixo dos valores encontrados pela autora.

Na tabela 5 podem verificar-se os resultados da análise descritiva das dimensões de bem-estar psicológico que se obtiveram nesta amostra.

**Tabela 5.**

*Análise descritiva das dimensões de Bem-estar psicológico da EBEPA*

Dimensões	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Cognitivo-emocional positiva	4,31	,868	2	6
Cognitivo-emocional negativa	2,14	,920	1	5
Apoio Social	<b>4,98</b>	,983	1	6
Ansiedade	3,05	1,112	1	6

A partir da análise das médias na tabela é possível verificar que os valores são algo dispares, sendo que a dimensão de bem-estar psicológico que é mais elevada na amostra é a dimensão de “Apoio social” ( $M=4.98$ ), sendo que a mais baixa é a “Cognitiva-emocional negativa” ( $M=2.14$ ).

Após verificar a normalidade da amostra, utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov para a população normal e o Shapiro-Wilk para a população com excesso de peso, constatou-se que se poderiam usar testes paramétricos, pois existe uma normalidade da amostra. Em relação aos jovens com peso normal, foi necessário recorrer à assimetria e à curtose, sendo que ambas apresentaram valores inferiores a  $<2.58$  e  $<3.29$ , respetivamente, não havendo transgressões graves à normalidade, significando que se podia prosseguir com testes paramétricos. Para além disso, foi realizada a igualdade de variâncias com o *teste de Levene*, que assumiu que existe igualdade.

Desta forma, utilizando o *Teste T*, foi possível comparar a média do índice de bem-estar psicológico total para os jovens quer com peso normal e quer com excesso de peso. Como se pode verificar na tabela 6, a média de bem-estar psicológico total é superior no grupo de jovens com peso normal, contudo esta diferença não é significativa ( $sig. >,05$ ).

**Tabela 6.**

*Teste T para as médias do índice bem-estar psicológico total para os grupos com peso normal e com excesso de peso*

Índice de bem-estar Psicológico	Média	Desvio-Padrão	Diferença	Sig. (2 extremidades)
Peso Normal	4,46	,681	,142	,315
Excesso de Peso	4,31	,975		

Utilizando o mesmo teste, podem comparar-se as dimensões da EBEPa para adolescentes com peso normal e excesso de peso, como se pode verificar na tabela 7.

**Tabela 7.**

*Teste T para as dimensões de bem-estar psicológico para os grupos com peso normal e com excesso de peso*

	Média		Diferença	Sig. (2 extremidades)
	Normal	Excesso de peso		
Cognitiva-Emocional Positiva	4,33	4,24	,094	,56
Cognitiva-Emocional Negativa	2,13	2,18	-,053	,75
Apoio Social	5,08	4,71	,372	<b>,04</b>
Ansiedade	3,04	3,07	-,024	,91

De acordo com os valores apresentados, pode perceber-se que as médias das dimensões entre os grupos não variam muito, havendo apenas uma diferença significativa (sig. <0,05) para a dimensão “Apoio social”, na qual os jovens com peso normal apresentam uma média mais alta.

**4.3. Análise das Estratégias de Coping**

Fazendo a análise estatística das estratégias de *coping* utilizadas para a amostra completa, percebe-se, pela tabela 8, que a dimensão “*Coping* positivo” é a que tem uma média superior, sendo a mais utilizada pelos jovens, e que a dimensão “Uso de substâncias” é a que tem uma média inferior, sendo assim a menos utilizada.



**Tabela 8.***Análise descritiva das dimensões de Coping do Brief COPE*

<b>Dimensões</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Coping Positivo	<b>1,76</b>	,572	0	3
Utilizar um Suporte	1,60	,767	0	3
Coping Negativo	,93	,611	0	3
Uso Substâncias	<b>,16</b>	,452	0	3
Humor	1,37	,795	0	3
Religião	,87	,863	0	3
Expressão de Sentimentos	1,24	,759	0	3

A análise descritiva das estratégias divididas por jovens com peso normal e com excesso de peso encontra-se na tabela 9 e 10, respetivamente. Como se pode verificar, a dimensão com valores mais altos é a do “*Coping* positivo”, sendo por isso a mais utilizada pelos jovens, independentemente do peso. A estratégia menos utilizada é a do “Uso de substâncias”, tendo uma média muito reduzida para ambos os grupos.

**Tabela 9.***Análise descritiva das dimensões de coping do Brief COPE para jovens com peso normal*

<b>Dimensões</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Coping Positivo	<b>1,77</b>	,560	0	3
Utilizar um Suporte	1,61	,781	0	3
Coping Negativo	,93	,603	0	3
Uso Substâncias	<b>,15</b>	,466	0	3
Humor	1,35	,798	0	3
Religião	,91	,855	0	3
Expressão de Sentimentos	1,24	,771	0	3

**Tabela 10.***Análise descritiva das dimensões de Coping do Brief COPE para jovens com excesso de peso*

<b>Dimensões</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Coping Positivo	<b>1,74</b>	,610	0	3
Utilizar um Suporte	1,57	,736	0	3
Coping Negativo	,94	,641	0	3
Uso Substâncias	<b>,16</b>	,414	0	3
Humor	1,44	,794	0	3
Religião	,75	,884	0	3
Expressão de Sentimentos	1,25	,734	0	3

Relativamente às diferenças entre dimensões do *coping* para os dois grupos, de jovens com peso normal e com excesso de peso, foi feito o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes, como alternativa ao teste t, dado que a amostra não é normal.

**Tabela 11.**

*Teste de Mann-Whitney das dimensões de Coping relativamente ao peso*

	Coping Positivo	Utilizar suporte	Coping Negativo	Uso de Substâncias	Humor	Religião	Expressão sentimentos
U de Mann-Whitney	2115	2214	2256,5	2176	2182	1982,5	2268,5
Z	-,682	-,273	-,097	-,719	-,411	-1,261	-,049
Significância Sig. (2 extremidades)	,495	,785	,922	,472	,681	,207	,961

a. Variável de Agrupamento: Classificação do peso

Como se pode verificar na tabela 9, não existem diferenças significativas nas dimensões de *coping* para os grupos de adolescentes com peso normal e excesso de peso, o que significa que não existem diferenças quanto à utilização de cada estratégia em função do peso. Apesar disso, verifica-se uma ligeira tendência para que os jovens com excesso de peso usem mais a dimensão de “Humor” e menos as dimensões “Utilizar um suporte” e “Religião” do que os seus pares com peso normal.

#### 4.4. Análise das Correlações

A relação entre o índice de bem-estar psicológico total e as dimensões do *coping* foi verificada com o teste de correlação de *Spearman*, devido às dimensões do *coping* não seguirem uma normalidade da amostra. Os resultados serão apresentados de seguida na tabela 12.

**Tabela 12.**

*Correlação de Spearman entre o índice de bem-estar psicológico total e as dimensões de Coping*

	Índice de bem-estar psicológico total	
Coping positivo	,37** ,000	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)
Utilizar um Suporte	,17* ,036	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)
Coping Negativo	-,55** ,000	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)
Uso Substâncias	-,23** ,003	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)
Humor	,18* ,025	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)
Religião	,05 ,528	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)
Expressão de Sentimentos	-,11 ,190	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

\* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

Ao analisar as diferentes dimensões pode perceber-se que o índice de bem-estar psicológico tem uma correlação fraca e positiva com a dimensão “*Coping* positivo”. Para além disso este índice também tem uma correlação fraca e negativa com a dimensão “Uso de substâncias”. Relativamente à dimensão “*Coping* Negativo”, o índice de bem-estar psicológico total tem uma correlação moderada e negativa com este. Também será importante realçar que não existe uma correlação significativa entre as dimensões “Religião” e “Expressão de sentimentos” e o índice de bem-estar psicológico.

Nesta investigação também se relacionaram as dimensões de bem-estar psicológico com as dimensões de *coping*, tendo usado de novo o teste de correlação de *Spearman*. Os resultados deste teste encontram-se na tabela 13.

**Tabela 13.***Correlação de Spearman entre as dimensões de bem-estar psicológico e as dimensões de Coping*

	Cognitivo- Emocional Positiva	Cognitivo- Emocional Negativa	Apoio Social	Ansiedade	
Coping positivo	,40** ,000	-,32** ,000	,22** ,007	-,24** ,003	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)
Utilizar um Suporte	,08 ,308	-,11 ,194	,44** ,000	,06 ,439	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)
Coping Negativo	-,40** ,000	,57** ,000	-,09 ,264	,48** ,000	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)
Uso Substâncias	-,08 ,305	,28** ,000	-,01 ,942	,31** ,000	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)
Humor	,16 ,055	-,15 ,063	,05 ,530	-,16 ,054	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)
Religião	,05 ,556	-,05 ,540	,05 ,530	-,00 ,960	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)
Expressão de Sentimentos	-,09 ,285	,17* ,041	,11 ,191	,19* ,016	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades)

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

\* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

De acordo com a análise da tabela 13, compreende-se que a Dimensão “*Coping* positivo” está correlacionada com todas as escalas da EBEPa, tendo uma correlação baixa e positiva com as dimensões “Cognitivo-emocional positiva” e “Apoio social” e uma correlação baixa e negativa com as dimensões “Cognitivo-emocional negativa” e “Ansiedade”.

A dimensão “Utilizar um suporte emocional” está correlacionada de forma moderada e positiva com a dimensão “Apoio Social”.

Por outro lado, a dimensão “*Coping* negativo” está correlacionada positiva e moderadamente com as dimensões “Cognitivo-emocional negativa” e “Ansiedade”, para além disso, também tem uma correlação fraca e negativa com a escala “Cognitivo-emocional positiva”.

A dimensão “Uso de substâncias” tem uma correlação baixa e positiva com as escalas “Cognitivo-emocional negativa” e “Ansiedade”.

Será também de realçar que as dimensões “Humor”, “Religião” e “Expressão de sentimentos” não têm correlações significativas com nenhuma das dimensões do bem-estar psicológico.

## 5. Discussão

Nesta investigação foram utilizados dois instrumentos de forma a avaliar o bem-estar psicológico e as estratégias de *coping* dos adolescentes com e sem obesidade. Para avaliar o bem-estar psicológico, foi utilizada a Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA) e, para avaliar as estratégias de *coping*, foi utilizado o Brief COPE.

Estes instrumentos foram aplicados a uma amostra de 154 jovens, sendo que 40 desses jovens têm excesso de peso. As idades destes estão compreendidas entre os 12 e os 18 anos.

De forma a melhor compreender a discussão dos resultados obtidos, esta vai ser apresentada de acordo com os objetivos específicos propostos anteriormente.

Deve-se ter em conta que todas as análises realizadas com o instrumento Brief COPE foram feitas com testes não-paramétricos, e ao não serem tão “potentes” quanto os testes paramétricos, as interpretações dadas podem não transmitir a realidade (Pereira & Patrício, 2013).

### **5.1. *Objetivo 1:* Analisar a estrutura fatorial e consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo.**

Aquando da análise da Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA), percebeu-se que existiam algumas diferenças relativamente aos dados encontrados pela autora (Bizarro, 2001). Ao realizar a análise fatorial exploratória, foi possível encontrar quatro fatores que compõem este instrumento, a dimensão “Cognitiva-emocional positiva”, a dimensão “Cognitiva-Emocional negativa”, a dimensão “Apoio social” e a dimensão “Ansiedade”. Ao verificar a consistência interna, foi possível entender que o instrumento e as subescalas tinham todas valores elevados de confiabilidade, o que mostrou que era possível a sua utilização para a análise dos dados recolhidos.

Pode constatar-se que a única diferença encontrada destas escalas para as de Bizarro (2001) é o facto de a dimensão “Cognitiva-emocional positiva” se ter agrupado à dimensão “Percepção de competências”, levando a que estes dois fatores se tenham juntado num só. Uma das justificações para esta mudança pode ser devida à faixa etária presente no estudo, sendo que a parte mais significativa da amostra corresponde a adolescentes mais jovens, levando a que se questione se os adolescentes não fizeram uma distinção entre itens mais relacionados com os estados emocionais e cognições e os itens mais relacionados com a percepção de competências que os jovens têm de si mesmos. Isto pode dever-se ao facto de todos os itens pontuarem no sentido de uma visão positiva do self, sendo assim difícil para os jovens distinguirem as

questões abordadas nos itens como pertencendo a dimensões diferentes, devido a ainda não terem a maturação cognitiva necessária para tal.

Relativamente ao segundo instrumento, o Brief COPE, a análise realizada com esta amostra encontrou fatores diferentes dos que o autor do estudo português (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004) e o autor original (Carver et al., 1989) encontraram. Os fatores encontrados com a análise fatorial foram “*Coping* positivo”, “Utilizar um suporte”, “*Coping* negativo”, “Uso de substâncias”, “Humor”, “Religião”, “Expressão de sentimentos” e “Ruminação”. No que diz respeito à escala completa, esta apresentou um nível de consistência interna satisfatório, apresentando valores aceitáveis e podendo ser assim utilizada para a análise dos dados desta amostra. Ao nível das subescalas, todas apresentam uma consistência interna aceitável, exceto a dimensão “Ruminação”, que tem valores inaceitáveis. Perante isso, esta escala foi retirada de forma a que a análise dos dados seja mais viável. Não obstante, considero que seria importante posteriormente explorar a razão pela qual a consistência interna deste fator está tão baixa.

Nesta investigação, o primeiro fator, “*Coping* positivo”, agrupou as propostas pelos autores Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004) “Planear”, “*Coping* ativo”, “Aceitação” e “Reinterpretação positiva”. No estudo de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), as duas primeiras escalas foram agrupadas num fator e agregadas também à dimensão “Desinvestimento comportamental” - que neste trabalho está dentro do fator de “*Coping* negativo”. A terceira dimensão, “Aceitação”, foi encontrada como um fator, e a última escala, “Reinterpretação positiva”, não aparece agrupada a nenhum fator. Uma razão explicativa pode ser a de que, como a população neste estudo é mais jovem do que a da adaptação portuguesa (que continha jovens adultos dos 17 aos 22 anos), os adolescentes podem ainda não ter maturação cognitiva para compreender a distinção entre estas escalas, associando a uma única dimensão estratégias de iniciar a ação para remover ou circunscrever o *stressor*, pensar sobre o modo de se confrontar com este, aceitar que o evento *stressante* é real e fazer o melhor da situação a partir dela. Estes resultados poderiam assim ser diferentes se esta população fosse composta de adolescentes mais velhos, que poderiam mais facilmente interpretar os itens de uma forma mais precisa e rigorosa, semelhante ao que acontece no estudo da adaptação portuguesa (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

O terceiro fator encontrado nesta investigação, o “*Coping* negativo”, agrupa as escalas “Negação”, “Desinvestimento comportamental” e um item da escala de “autoculpabilização”. No estudo de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004) e no de Carver e colegas (1989), este fator também agrupou a primeira e a terceira dimensão, sendo que o “Desinvestimento

comportamental” não estava associado a esta escala. Uma razão explicativa de tal poderá ser a de que os jovens deste estudo associam a negação do evento *stressor* e a culpabilização deste a desistirem dos objetivos com os quais o *stressor* está a interferir. A explicação desta relação poderá residir no facto de os jovens não entenderem a “Negação”, a “Autoculpabilização” e o “Desinvestimento comportamental” como tópicos distintos que são. Esta relação deve ser confirmada através de mais investigações com populações de adolescentes, de forma a compreender e explorar a razão que leva a que estas dimensões se tenham agrupado desta forma.

Os segundo, quarto, quinto, sexto e sétimo fatores foram agrupados de forma semelhante ao estudo da adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004) e ao estudo original (Carver et al., 1989).

## **5.2. Objetivo 2: Avaliar e comparar o bem-estar psicológico de adolescentes com e sem obesidade.**

O bem-estar psicológico e a sua relação com a obesidade é um dos objetivos a que esta investigação pretende responder.

De forma a responder à questão de investigação 2.1., que tenta compreender o índice de bem-estar psicológico dos jovens com excesso de peso, percebeu-se que a média de bem-estar psicológico total dos jovens com excesso de peso é de 4,31. Este valor é mais baixo do que o encontrado por Bizarro (1999), em que a média de bem-estar psicológico dos jovens foi de 4,51.

Relativamente à questão de investigação 2.2., que investiga as diferenças em relação ao nível de bem-estar psicológico total entre os jovens com excesso de peso e os jovens com um peso normal, percebeu-se que a média do índice de bem-estar psicológico total para os jovens com peso normal é de 4,46. Após se realizar o *teste t*, em que se analisaram as diferenças entre as médias dos dois grupos, compreende-se que existe uma tendência para que a média de bem-estar psicológico dos jovens com excesso de peso seja inferior. Contudo, esta diferença não é significativa, o que significa que não se pode inferir que a população com excesso de peso tem um valor mais baixo no que respeita ao bem-estar psicológico. Os estudos realizados até agora relacionam a obesidade com maiores níveis de depressão e ansiedade (Britz, Siegfried, Ziegler, Lamertz, Herpertz-Dahlmann, Remschmidt et al., 2000; Vila et al., 2004, cit. por Buttitta et al., 2014) e menores níveis de felicidade (Fonseca et al, 2009), autoestima e autoconceito (French, Perry, Leon & Fulkerson, 1995, cit. por Pereira, 2014), estando todos estes conceitos associados ao bem-estar psicológico. Não obstante, ainda não existem em Portugal estudos

suficientes que relacionem o bem-estar psicológico com a obesidade, pelo que neste ponto deveriam ser realizadas investigações com amostras superiores de forma a verificar se estes valores se mantêm.

Analisando as quatro dimensões do bem-estar psicológico (Cognitivo-emocional positiva, Cognitiva-emocional negativa, Apoio social e Ansiedade) compreendeu-se que a dimensão mais elevada para a amostra total é a do “Apoio social” e a dimensão mais baixa é a “Cognitivo-emocional negativa”, o que sugere que nesta amostra os jovens têm uma muito boa perceção da sua rede social e não têm uma valência negativa alta no que diz respeito às suas emoções e a comportamentos negativos. Estes resultados são coerentes com os apresentados pela autora na versão final deste instrumento (Bizarro, 2001).

De forma a responder à questão de investigação 2.3., que tenta compreender se existem diferenças significativas em relação às dimensões do nível de bem-estar psicológico entre os jovens com excesso de peso e os jovens com um peso normal, percebeu-se pela análise dos dados que as dimensões “Cognitiva-emocional positiva” e “Apoio social” são mais elevadas no grupo com peso normal e as dimensões “Cognitiva-emocional negativa” e “Ansiedade” são mais elevadas no grupo com excesso de peso, o que significa que existe uma tendência para os jovens com excesso de peso terem níveis mais baixos no que respeita às dimensões de bem-estar psicológico e uma tendência para terem níveis mais elevados nas dimensões negativas. Apesar disso, apenas uma destas dimensões teve valores de diferença significativos, sendo esta dimensão o “Apoio social”, no qual os jovens com excesso de peso têm um valor inferior aos pares com peso normal.

Este resultado está de acordo com a literatura, que refere que os jovens com excesso de peso são vistos como pessoas com menos interações sociais que os pares com peso normal (Viner, 2005; Rossner, 1998, cit. por Sousa, 2011). Esta diferença pode dever-se ao facto de os jovens com excesso de peso terem tendência para se isolarem (Viana, 2002; Vos et al., 2011; cit. por Fernandes, 2011; Yin, 2005; Viner 2005, cit. por Sousa, 2011), levando assim a que não tenham tanta noção do apoio social que os rodeia e acabem por não usufruir deste como os seus pares com peso normal.

De acordo com Rosa e Gonçalves (2011), o apoio social e familiar percecionado assume um papel importante no desenvolvimento da psicopatologia na população de jovens com obesidade. Assim, seria importante explorar melhor este ponto, de forma a compreender na totalidade as consequências deste resultado.

Uma razão explicativa do facto de não haver mais diferenças entre as dimensões do bem-estar entre jovens com peso normal e com excesso de peso pode ser devido à perceção que



estes têm de si mesmos. Ou seja, as crianças e adolescentes obesos não têm automaticamente uma qualidade de vida e um bem-estar menor que os seus pares com um peso normal, isso varia consoante o jovem se percebe a si próprio como com excesso de peso ou não (Warschburger, 2005, cit. por Meier et al., 2010). Assim, se os jovens da população estudada considerarem que até têm um peso normal (mesmo que fisicamente se apresentem com obesidade), as suas construções sobre si próprios e sobre o mundo que os rodeia vão ser semelhantes às dos seus pares que têm um peso normal. Seria assim muito relevante, em investigações futuras que avaliem o peso, analisar também a percepção que os jovens têm do seu peso.

### **5.3. Objetivo 3: Avaliar e comparar as estratégias de *coping* de adolescentes com e sem obesidade.**

Outro objetivo desta investigação foi analisar a relação entre as estratégias de *coping* em adolescentes com excesso de peso. Os resultados discutidos nesta parte devem ser interpretados com alguma prudência devido à não-normalidade da amostra e à consequente utilização de testes não paramétricos.

Assim, de forma a dar resposta à questão de investigação 3.1., que questiona quais são as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos adolescentes com excesso de peso, foi possível entender pela análise dos resultados que a dimensão de estratégias de *coping* mais utilizada por ambos os grupos foi a do “*Coping* positivo”. Esta dimensão engloba estratégias que promovem o iniciar a ação para remover ou circunscrever o *stressor*, pensar sobre o modo de se confrontar com este, aceitar que o evento *stressante* é real e fazer o melhor da situação a partir dela, o que sugere que estes jovens optam por utilizar estratégias de *coping* consideradas mais adaptativas.

Em termos gerais, estes resultados vão contra estudos já realizados que descrevem que as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos adolescentes são autocontrolo e afastamento e fuga (Kristensen et al., 2010), e relacionando com pessoas com excesso de peso, estes resultados também não vão ao encontro do que foi estudado com adultos obesos (Myers e Rosen, 1999; Martins, 2011). Contudo, pouca investigação foi realizada relativamente às estratégias de *coping* com adolescentes com obesidade, pelo que seria relevante investigar este resultado numa amostra maior de jovens com obesidade.

Em relação à questão de investigação 3.2., relativa às diferenças nas estratégias de *coping* utilizadas entre os adolescentes com excesso de peso e com peso normal, percebeu-se que não existem diferenças significativas nas estratégias de *coping* entre grupos, sendo que estes resultados são semelhantes aos encontrados em alguma literatura sobre o tema (Stauber et al.,

2004, cit. por Meier et al., 2010; Fernandes, 2011). Estes resultados podem dever-se à percepção que os jovens com excesso de peso têm de si mesmos, não se percecionado como tendo excesso de peso e, por isso, as suas estratégias de *coping* são semelhantes às dos jovens com peso normal (Meier et al., 2010). Outra razão pode ser que, apesar das estratégias que usam serem semelhantes entre jovens com peso normal e com excesso de peso, a percepção que os jovens têm sobre a eficácia das estratégias não era a mesma, como se comprovou ser o caso em alguns estudos portugueses (Silva, 2009, cit. por Fernandes, 2011; Fernandes, 2011), nas quais os jovens com excesso de peso consideravam que as estratégias utilizadas eram menos eficazes das que os seus pares com peso normal. Desta forma, estudos mais aprofundados sobre a percepção dos jovens quanto à utilização das estratégias de *coping* seriam necessários.

Apesar de se verificar que não existem diferenças significativas entre os jovens com excesso de peso e com peso normal em relação às estratégias de *coping*, será importante realçar que existe uma ligeira tendência para os jovens com excesso de peso usarem mais a dimensão de “Humor” e menos as dimensões “Utilizar um suporte” e “Religião” do que os seus pares com peso normal. Seria assim interessante verificar em estudos com amostras superiores se estes valores continuam semelhantes.

#### **5.4. Objetivo 4: Compreender de que forma as diferentes variáveis dependentes no estudo se relacionam.**

Outro objetivo que esta investigação abrange é o da compreensão da relação entre o bem-estar psicológico e as estratégias de *coping*.

Relativamente à questão de investigação 4.1., que pretende avaliar se existe uma relação entre o índice total de bem-estar psicológico e as diferentes estratégias de *coping*, pode compreender-se pela análise das correlações, que o índice de bem-estar psicológico tem uma correlação fraca e positiva com a dimensão “*Coping* positivo”. Relativamente à dimensão “*Coping* negativo”, o índice de bem-estar psicológico total tem uma correlação moderada e negativa com este. Para além disso, este índice também tem uma correlação fraca e negativa com a dimensão “Uso de substâncias”.

A correlação entre o índice de bem-estar psicológico e a dimensão “*Coping* positivo” sugere que à medida que uma destas variáveis aumenta, a outra também aumenta. Esta correlação está de acordo com a literatura existente, na qual se refere que o bem-estar social e emocional engloba desenvolvimento da compreensão e regulação da emoção e a habilidade de lidar com os *stressores*, estando estas duas noções incluídas na dimensão “*Coping* positivo” (Bornstein et al., 2003).

Outra correlação abordada é a relação entre o índice de bem-estar psicológico total e a dimensão de “*Coping* negativo”, o que sugere que, à medida que uma destas variáveis aumenta, a outra diminui. Esta correlação também faz sentido dado que o “*Coping* negativo” pode ser descrito por negação, autoculpabilização e desistência dos objetivos, o que demonstra que não existe uma habilidade de lidar com os *stressores* de uma forma ajustada e adaptativa, o que por seu lado leva a que o nível de bem-estar psicológico seja mais reduzido (Câmara & Sarriera, 2003).

Com uma correlação mais fraca, o índice de bem-estar psicológico total também está correlacionado negativamente com a dimensão “Uso de substâncias”. Esta correlação encontra-se de acordo com a literatura existente, que demonstra que os sintomas de mal-estar psicológico constituem um dos fatores determinantes do consumo de substâncias (Reiff, Simantov, Schlen, & Klein, 2000; Whalen, Jamner, Henker, & Delfino, 2001, cit. por Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006).

De salientar é o facto de não haver uma correlação significativa entre as dimensões “Religião” e “Expressão de sentimentos” e o índice de bem-estar psicológico. Isto significa que se as primeiras duas dimensões aumentarem ou diminuírem isso não terá influência no aumento ou no decréscimo do bem-estar psicológico. Em relação à primeira dimensão, “Religião”, a literatura existente refere que existe uma forte relação entre a religião e o bem-estar (Ferreira, Pinto & Neto, 2012; Silva, et al., 2007), o que leva a questionar as razões pelas quais nesta amostra isso não acontece. Relativamente à dimensão “Expressão de sentimentos”, percebe-se pela literatura que há uma relação entre a dificuldade em identificar os sentimentos e emoções e a depressão, ansiedade, delinquência e amizades enfraquecidas (Honkalampi et al., 2009, cit. por Masrat, Wani, & Alam, 2015), contudo não se encontrou estudos específicos para a população de adolescentes portuguesa que relacionassem estas duas variáveis. Posto isto, seria interessante verificar se existe mesmo uma relação entre a expressão de sentimentos e um superior ou inferior bem-estar psicológico, de forma a compreender se é benéfico ou não incentivar os jovens a expressarem os seus sentimentos com vista a um melhor bem-estar.

Será importante realçar que os níveis de bem-estar psicológico, em relação às estratégias de *coping*, estão fortemente determinados pela forma como o indivíduo interpreta ou processa as informações e a maneira como se organiza para reajustar os estados emocionais que se originam dessa avaliação (Câmara & Sarriera, 2003), ou seja, as estratégias de *coping* e a sua relação com o bem-estar psicológico estão muito relacionadas com a forma como o adolescente as percebe e lida com elas, o que demonstra aqui que as estratégias “*Coping* positivo”, “*Coping* Negativo” e “Uso de substâncias” estão relacionadas com o bem-estar psicológico

porque os jovens as interpretam como sendo fatores positivos ou negativos para o seu bem-estar psicológico.

Em relação à questão de investigação 4.2., que questiona a relação entre as dimensões de bem-estar psicológico e as diferentes estratégias de *coping*, conseguiu perceber-se pela análise dos dados que havia algumas correlações entre estas.

Primeiramente, compreende-se que a dimensão “Coping positivo” está correlacionada com todas as escalas da EBEPa, tendo uma correlação baixa e positiva com as dimensões “Cognitivo-emocional positiva” e “Apoio social”, significando que, quando uma destas dimensões aumenta as outras também irão aumentar; e uma correlação baixa e negativa com as dimensões “Cognitivo-emocional negativa” e “Ansiedade”, o que significa que quando a dimensão de “Coping positivo” aumenta, as outras duas dimensões vão diminuir, e vice-versa. Estas correlações têm fundamento dado que, segundo Compas e colaboradores (2001), as ações diretas de *coping* estão associadas a um funcionamento mais positivo e saudável, e esse funcionamento é descrito pelas duas dimensões de bem-estar psicológico descritas como positivas (Cognitivo-emocional positiva e Apoio social). Esta explicação pode estender-se às duas últimas correlações (Cognitivo-emocional negativa e Ansiedade), dado que estas duas conduzem a um menor bem-estar psicológico.

A dimensão “Utilizar um suporte emocional” está correlacionada de forma moderada e positiva com a dimensão “Apoio Social”, o que significa que quando uma destas variáveis aumenta a outra também. A correlação entre estas duas escalas faz sentido porque ambas se baseiam na relação do sujeito com o outro e na procura de ajuda para melhorar o bem-estar da pessoa e ultrapassar as situações *stressantes*.

Por outro lado, a dimensão “Coping negativo” está correlacionada positiva e moderadamente com as dimensões “Cognitivo-emocional Negativa” e “Ansiedade”, o que significa que, se a primeira dimensão aumentar, as outras também o irão fazer. Para além disso também tem uma correlação fraca e negativa com a escala “Cognitivo-emocional Positiva”, o que significa que, se uma aumentar, a outra irá descer. Estes resultados vão ao encontro do que já foi referido anteriormente, no qual a dimensão “Coping negativo” está associada a um nível baixo de bem-estar psicológico, estando esta forma associada positivamente às dimensões que se relacionam com um menor bem-estar psicológico, “Cognitivo-emocional negativa” e “Ansiedade”. Também está negativamente correlacionada com a escala que se relaciona com o bem-estar, a dimensão “Cognitivo-emocional positiva”.

A dimensão “Uso de substâncias” tem uma correlação baixa e positiva com as escalas “Cognitivo-emocional Negativa” e “Ansiedade”, o que significa que, se a primeira dimensão

aumentar, as outras também o irão fazer. Esta correlação vai ao encontro do referido acima acerca da relação entre o consumo de substâncias e o bem-estar psicológico, voltando assim a reforçar uma ligação entre o consumo de substâncias e níveis inferiores de bem-estar psicológico, que se traduzem por valores mais elevados ao nível das escalas “Cognitivo-emocional negativa” e “Ansiedade”.

Os resultados destas correlações mostram que a forma de *coping* que se utiliza está de facto relacionada com o bem-estar psicológico e que, ao usar estratégias como o “*Coping* positivo”, estas irão ter uma influência positiva no bem-estar do sujeito, ao passo que, se se usar estratégias mais negativas como o “*Coping* negativo”, que passa pela negação, desistência e culpabilização, o bem-estar psicológico irá ser inferior.

Será também de realçar que as dimensões “Humor”, “Religião” e “Expressão de sentimentos” não têm correlações significativas com nenhuma das dimensões do bem-estar psicológico, o que significa que o aumento ou o decréscimo das dimensões das estratégias de coping não têm influência nas dimensões do bem-estar psicológico. Seria importante analisar as razões pelas quais não existem correlações entre estas dimensões.

## 6. Conclusão

A obesidade na infância e na adolescência é uma doença complexa que não afeta as pessoas apenas fisicamente, mas também psicologicamente e socialmente, sendo que para além de esta doença ter consequências físicas, também pode trazer consequências psicológicas, como depressão e ansiedade, o que pode diminuir o bem-estar psicológico do jovem. Para além disso, na literatura em adultos é referido que existe relação entre estratégias de *coping* e obesidade. Desta forma, nesta investigação, o objetivo principal foi o de compreender a relação entre o bem-estar psicológico e as estratégias de *coping* em adolescentes com e sem obesidade.

Ao nível do bem-estar psicológico, será importante referir que os resultados obtidos nos permitiram concluir que, apesar de existir uma tendência para que os jovens com excesso de peso tenham piores níveis de bem-estar psicológico, apenas se encontram diferenças significativas entre os dois grupos na dimensão “Apoio social”, demonstrando que os jovens com excesso de peso se percebem como não tendo uma rede de apoio social tão boa quanto os jovens com peso normal.

Relativamente às estratégias de *coping* utilizadas nos jovens com excesso de peso e nos jovens com peso normal, os resultados demonstraram que a estratégia mais utilizada por ambos os grupos foi a estratégia de “*Coping* positivo”, que engloba estratégias que promovem o iniciar a ação para remover ou circunscrever o *stressor*, pensar sobre o modo de se confrontar com este, aceitar que o evento *stressante* é real e fazer o melhor da situação a partir dela. Para além disso, embora se tenha concluído que não existem diferenças significativas entre os jovens com peso normal e com excesso de peso ao nível das estratégias de *coping* utilizadas, há uma tendência para que os jovens com excesso de peso utilizem mais a estratégia “Humor” e menos as dimensões “Utilizar um suporte” e “Religião”.

Estes resultados devem ter em conta o número reduzido de jovens com excesso de peso da amostra (N=40), pelo que uma investigação com uma amostra superior deverá ser realizada com o objetivo de explorar estas relações mais profundamente.

Para concluir, segundo o que se conseguiu apurar pelos resultados obtidos, percebeu-se que o excesso de peso é um fator que influencia o bem-estar psicológico ao nível da perceção do apoio social. Relativamente às estratégias de *coping*, não se conseguiu mostrar que existia alguma correlação significativa entre estas e a obesidade na adolescência.

## 7. Implicações Clínicas

Relativamente às implicações clínicas, é importante referir que esta investigação pretende explorar novos caminhos no que diz respeito ao processo de avaliação e intervenção em adolescentes com excesso de peso. Apesar de não se terem encontrado muitos resultados com diferenças significativas entre os dois grupos, será relevante mencionar que se demonstrou existir uma tendência para o bem-estar psicológico nos adolescentes com excesso de peso ser inferior e que existiram de facto diferenças significativas ao nível da perceção do apoio social dos jovens com excesso de peso.

Assim, de acordo com estes resultados e através da compreensão do bem-estar psicológico desta população, este estudo poderá ser um auxílio na forma como se lida com os adolescentes com excesso de peso na consulta clínica, trabalhando com eles não só ao nível da promoção de um bem-estar psicológico superior, mas também poderá ser possível auxiliar estes adolescentes a conseguir construir melhores relações com os outros e consigo próprios, aumentando assim os níveis de perceção de apoio social experienciados.

Apesar de não se terem encontrado diferenças significativas ao nível das estratégias de *coping* utilizadas pelo grupo com peso normal e o com excesso de peso, seria importante clinicamente observar cada jovem específico relativamente às estratégias de *coping* que estes utilizam, de forma a compreender se estas são as mais adaptativas de acordo com as situações que vão experienciando. Isto será relevante não só para uma utilização mais adequada das estratégias de *coping*, mas também porque ao se utilizarem estratégias de *coping* mais adaptativas, o bem-estar psicológico poderá melhorar, assim como a perceção de apoio social.

Para além disso, também se poderá trabalhar com os jovens com excesso de peso ao nível da promoção de competências sócio emocionais, e com os resultados encontrados poder-se-á focar principalmente ao nível do apoio social, ajudando os jovens a ter relações adequadas com os outros, de forma a que possam usufruir de uma rede social em que se sintam seguros e apoiados.

## 8. Limitações e Investigações Futuras

A principal limitação desta tese prende-se com o facto de a amostra de adolescentes com excesso de peso ser reduzida, sendo composta por apenas 40 jovens. Obtendo uma maior amostra poderia tornar os resultados mais precisos e generalizáveis. Dessa forma, para uma investigação futura, seria importante obter um número de adolescentes com excesso de peso mais elevado. Seria também interessante perceber se existem diferenças entre os jovens portugueses com pré-obesidade e com obesidade ao nível do bem-estar psicológico e das estratégias de *coping*.

Outra limitação do estudo, ao nível da amostra, é o facto de haver uma grande discrepância entre o número de raparigas que participaram no estudo (66,2%) e o número de rapazes participantes (33,8%). Num estudo futuro, seria importante obter um número semelhante de rapazes e raparigas de forma a que o estudo possa ser generalizável à população.

Ao nível do questionário Brief COPE, trouxe algumas limitações, nomeadamente pelo facto de a escala de “Ruminação” não ter um valor de alfa de Cronbach aceitável. Isto levou a que esta escala tivesse de ser excluída. Desta forma, seria importante voltar a fazer uma análise fatorial com uma amostra superior, de forma a compreender se estes resultados se mantêm.

Dado que os resultados apresentados nesta investigação não apresentam muitas alterações significativas entre grupos, seria importante compreender como é que os jovens se percecionam a eles próprios em termos de peso, de forma a perceber se estes resultados se devem ao facto de não haver mesmo diferenças entre grupos ou se estes poderão estar relacionados com o facto de os jovens se percecionarem mesmo de forma diferente da que apresentam fisicamente, como por exemplo por acharem que têm um peso normal quando o IMC deles os apresenta como tendo obesidade.

Na sequência das limitações encontradas é importante referir as investigações futuras, procurando colmatar algumas destas falhas e desenvolver o campo da investigação no *coping* e a sua ligação com outras variáveis.

Uma possível investigação a realizar no futuro seria a de aplicar estes questionários em várias zonas do país, com vista a uma generalização dos resultados obtidos. Esta linha de investigação iria permitir, em simultâneo, uma visão abrangente da obesidade na infância e na adolescência em Portugal, das implicações desta no bem-estar e nas estratégias de *coping* e visão compreensiva das diferenças específicas que pudessem ocorrer em cada zona do país.

Seria também importante fazer uma comparação entre os jovens com peso normal e os jovens com excesso de peso em contexto clínico, de forma a entender se o bem-estar



psicológico e as estratégias de *coping* poderão variar em função do excesso de peso. Esta comparação abria assim espaço para que houvesse uma exploração e compreensão mais profunda e abrangente das diferentes características e especificidades dos adolescentes com excesso de peso, abrindo o caminho para novas investigações e avanços neste campo.

Para além disso, seria relevante juntar outros métodos de recolha de dados, que permitissem complementar os resultados obtidos e fornecer dados mais profundos. A realização de uma metodologia qualitativa, com entrevistas poderia ser interessante dado que a metodologia quantitativa, apesar de ser muito útil a correlacionar as diferentes variáveis, demonstra algumas limitações relativamente ao significado de cada item para o jovem. Assim, replicar o estudo com uma amostra superior e utilizando métodos quantitativos e qualitativos seria importante para compreender na totalidade as implicações da obesidade para os jovens.

## 9. Referências Bibliográficas

- Ackard, D., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2003). Overeating Among Adolescents: Prevalence and Associations With Weight-Related Characteristics and Psychological Health. *Pediatrics*, Vol.111, 1, 67-74. doi:10.1542/peds.111.1.67
- Agranat-Meged, A. N., Deitcher, C., Goldzweig, G., Leibenson, L., Stein, M., & Galili-Weisstub, E. (2005). Childhood Obesity and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Newly Described Comorbidity in Obese Hospitalized Children. *International Journal of Eating Disorders*, 357-359. doi:10.1002/eat.20096
- Al-Bahrani, M., Aldhafri, S., Alkharusi, H., Kazem, A., & Alzubiadi, A. (2013). Age and gender differences in coping style across various problems: Omani adolescents' perspective. *Journal of Adolescence*, 36, 303–309. doi:doi:10.1016/j.adolescence.2012.11.007
- Andrade, M. (2014). *Determinantes Sociais e Psicológicos do Comportamento Alimentar Infantil*. Tese de Doutorado:: Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa.
- Associação Portuguesa de Nutricionistas. (s.d.). *Obesidade*. Obtido de Associação portuguesa de Nutricionistas: <http://www.apn.org.pt/ver.php?cod=010D0A>
- Barthomeuf, L., Droit-Volet, S., & Rousset, S. (2008). Obesity and emotions: Differentiation in emotions felt towards food between obese, overweight and normal-weight adolescents. *Food quality and preference*. doi:10.1016/j.foodqual.2008.07.005
- Bizarro, L. (1999). *O bem-estar psicológico durante a adolescência*. Dissertação de Doutorado: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade de Lisboa.
- Bizarro, L. (2001). A Avaliação do Bem-Estar Psicológico na Adolescência. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35, 81-116.
- Boe, T., Sivertsen, B., Heiervang, E., Goodman, R., Lundervold, A., & Hysing, M. (2014). Socioeconomic Status and Child Mental Health: The Role of Parental Emotional Well-Being and Parenting Practices. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42 (5), 705–715. doi:10.1007/s10802-013-9818-9
- Bornstein, M. H., Davidson, L., Keyes, C., & Moore, K. (2003). *Well-Being: Positive Development Across the Life Course*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Boutelle, K. N., Zucker, N., Peterson, C. B., Rydell, S., Carlson, J., & Harnack, L. J. (2014). An Intervention Based on Schachter's Externality Theory for Overweight Children: The Regulation of Cues Pilot. *Journal of Pediatric Psychology*, 39, 4, pp. 405–417. doi:10.1093/jpepsy/jst142
- Brites, D., Cruz, R., Lopes, S., & Martins, J. (2007). Obesidade nos Adolescentes: estudo da prevalência da obesidade e de factores associados em estudantes do ensino secundário de duas escolas de Coimbra. *Revista Referência*, 5, 49-57.
- Buttitta, M., Iliescu, C., Rousseau, A., & Guerrien, A. (2014). Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review. *Quality of life Research*, Vol. 23, 1117-1139. doi:10.1007/s11136-013-0568-5

- Câmara, S., & Sarriera, J. (2003). Estilos de coping na predição de bem-estar psicológico de adolescentes. *Aletheia*, pp. 83-93.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
- Coelho, E. M., Padez, C., Moreira, P., Rosado, V., & Mourão-Carvalho, I. (2013). BMI and self-perceived body shape in Portuguese children. *Revista de Psicologia del Deporte*, 22, 2, pp.371-376.
- Coelho, R., Sousa, S., Laranjo, M. J., Monteiro, A. C., Bragança, G., & Carreiro, H. (2008). Excesso de Peso e Obesidade: Prevenção na Escola. *Act Med Port*, 21 (4): 341-344.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M. (2001). Coping With Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin*, 127, 1, 87-127. doi:10.1037//0033-2909.127.1.87
- Compas, B., Jaser, S., Dunbar, J., Watson, K., Bettis, A., Gruhn, M., & Williams, E. (2013). Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Australian Journal of Psychology*. doi:10.1111/ajpy.12043
- Coslin, P. (2002). *Psicologia do Adolescente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Deci, E., & Ryan, R. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9; 1-11. doi:10.1007/s10902-006-9018-1
- Dias, M. (2014). *Relação entre coping, bem-estar psicológico e satisfação com a vida, numa população de adolescentes*. Dissertação de Mestrado: Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 3, 542-575.
- Diener, E., & Lucas, R. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: relative standards need fulfilment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies*, 41-78. doi:10.1023/A:1010076127199
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 391-406. doi:10.1177/008124630903900402
- Erhart, M., Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Sawitzky-Rose, B., Holling, H., & Ravens-Sieberer, U. (2012). Examining the relationship between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and overweight in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 21, 39-49. doi:10.1007/s00787-011-0230-0
- Eschenbeck, H., Kohlmann, C., & Lohaus, A. (2007). Gender Differences in Coping Strategies in Children and Adolescents. *Journal of Individual Differences*, 28(1):18–26. doi:10.1027/1614-0001.28.1.18
- Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (2002). *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press.
- Fernandes, M. (2011). *Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica na Obesidade Infantil ao nível do auto-conceito, das estratégias de coping e do comportamento alimentar das crianças e dos pais*. Escola de Psicologia: Universidade do Minho.

- Ferreira, A. V., Pinto, M. d., & Neto, F. (2012). Religiosidade e bem-estar em estudantes portugueses, moçambicanos, angolanos e brasileiros. *II seminário Internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos"* (pp. 1580-1591). Braga: Universidade do Minho.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and Promises. *Annu. Rev. Psychol*, 55: 745-774. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456
- Fonseca, H., Matos, M. G., Guerra, A., & Gomes-Pedro, J. (2009). Are overweight and obese adolescents different from their peers? *Int J Ped Obes*. doi:10.1080/17477160802464495
- Fonseca, M. (2008). *Obesidade na Adolescência: Um contributo para a melhor compreensão dos factores psicossociais associados à obesidade e excesso de peso nos adolescentes portugueses*. Tese de Doutoramento: Faculdade de Medicina - Universidade de Lisboa.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2009). *Psicologia* (8ª edição ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gomes, A. (2009). *Estilos de Vida dos Jovens e Obesidade: Estudo Comparativo*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Trás-dos-Montes e Alto Douro.
- Greenleaf, Petrie, & Martin. (2014). Relationship of weight-based teasing and adolescents' psychological well-being and physical health. *Journal of School Health*, 49-55. doi:10.1111/josh.12118
- Hampel, P., & Petermann, F. (2005). Age and Gender Effects on Coping in Children and Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol. 34, No. 2, pp. 73–83. doi:10.1007/s10964-005-3207-9
- Kendall, Lerner, & Craighead. (1984). Human Development and Intervention in Childhood Psychopathology. *Child Development*, 71-82. doi:10.1111/1467-8624.ep7405443
- Kristensen, C., Schaefer, L., & Busnello, F. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27(1):21-30. doi:10.1590/S0103-166X2010000100003
- Kubovy, M. (1999). On the pleasures of the Mind. Em D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz, *Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology* (pp. 134-154). New York: Russell Sage Foundation.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lisboa, C., Koller, S., Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciuncula, L. P., & Marchi, R. B. (2002). Estratégias de Coping de Crianças Vítimas e Não Vítimas de Violência Doméstica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), pp. 345-362. doi:10.1590/S0102-79722002000200012
- Manzoor, A., Siddique, A., Asghar, K., Nazir, R., & Hassan, S. (2015). Child Health: Association between Children's Subjective Well-being, Age and Socioeconomic Status. *The Professional Medical Journal*, 22(7), 924-930.
- Martins, L. (2011). *Obesidade e Morbilidade Psicológica: Psicopatologia, Alterações da Personalidade, Auto-Conceito e estratégias de Coping em Obesos seleccionados e a Aguardar Cirurgia Bariátrica*. Dissertação de Mestrado: Universidade Católica Portuguesa.

- Martyn-Nemeth, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B., & Bryant, F. (2009). The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents. *Res Nurs Health*, 32(1):96-109. doi:10.1002/nur.20304
- Mas, N., Fusté, A., García-Grau, E., & Bados, A. (2015). Coping styles and vulnerability to eating disorders in adolescent girls, by age. *terapia psicológica*, Vol. 33, Nº 3, 161-168.
- Masrat, R., Wani, M. A., & Alam, S. (2015). Influence of Emotional Competence on Well-being among Adolescents. *The International Journal of Indian Psychology*, 143-156.
- McMahan, E., & Estes, D. (2011). Measuring Lay Conceptions of Well-Being: The Beliefs about Well-Being Scale. *Journal of Happiness Studies*, 267-287. doi: 10.1007/s10902-010-9194-x
- Meier, S., Kohlmann, C., Eschenbeck, H., & Gross, C. (2010). Coping in Children and Adolescents with Obesity: The Costs and Benefits of Realistic versus Unrealistic Weight Evaluations. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2 (2), 222-240. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01034.x
- Ministério da Saúde. (21 de 02 de 2006). *Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil: Atualização das curvas de crescimento*. Obtido de Direcção Geral de Saúde: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007811.pdf>
- Myers, A., & Rosen, J. (1999). Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*, 23, 221-230. doi:10193866
- Novo. (2003). *Para além da eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres em idade avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ossher, L. (2014). *Assessing the Relationship Between Cognitive Control and Weight Control*. Dissertation of Doctorament: University of michigan.
- Paes, S. T., Marins, J., & Andreazzi, A. (2015). Efeitos Metabólicos do Exercício Físico na Obesidade: Uma Visão Atual. *Revista Paulista de Psiquiatria*, 122-129. doi:10.1016/j.rpped.2014.11.002
- Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do Coping: A propósito do estudo de adaptação do brief COPE. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Pereira, A., & Patrício, T. (2013). *SPSS: Guia Prático de Utilização*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, C. (2014). *Auto-regulação e os eus possíveis: Um contributo para a investigação na promoção da saúde e prevenção da obesidade em adolescentes*. Dissertação de Doutouramento: Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa.
- Pratas, M. (2014). *Auto-Regulação Emocional: Qual a influência no Bem-Estar Psicológico e na Satisfação com a Vida na Adolescência?* Dissertação de Mestrado: Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa.
- Pulgarón, E. (2013). Childhood Obesity: A Review of Increased Risk for Physical and Psychological Comorbidities. *Clinical Therapeutics*, 35, A18-A32. doi:10.1016/j.clinthera.2012.12.014
- Rodin, J. (1975). Causes and Consequences of Time Perception Differences in Overweight and Normal Weight People. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 5, 898-904. doi:10.1037/h0076866

- Rodin, J., & Slochower, J. (1974). Fat chance for a Favor: Obese-normal Differences in Compliance and Incidental Learning. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 29, 4, 557-565. doi:10.1037/h0036209
- Rodin, J., & Slochower, J. (1976). Externality on the Nonobese: Effects of environmental responsiveness on weight. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 33 Nº3, 338-344. doi:10.1037/0022-3514.33.3.338
- Rosa, M. F., & Gonçalves, S. (2011). Moderadores e Mediadores da relação entre a psicopatologia e a obesidade ou sobrepeso na adolescência. *Psicologia, saúde & Doenças*, 12(2), 224-236.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annu. Rev. Psychol*, 52, 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6,1069-1081. doi:0022-3514/89/SOO. 75
- Sampaio, D. (2010). *Imagem Corporal e Excesso de Peso em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado: Faculdade de Ciências - Universidade de Lisboa.
- Sapienza, G., Schoen, T., & Fisberg, M. (2014). Efeitos da Intervenção Psicológica na competência Social de Adolescentes Obesos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15 (3), 612-622. doi:10.15309/14psd150305
- Silva, R., Horta , B., Pontes , L., Faria , A., Souza, L., Cruzeiro, A., & Pinheiro, R. (2007). Bem-Estar Psicológico e adolescência: Fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, 23(5):1113-1118. doi:10.1590/S0102-311X2007000500013
- Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Fogueat, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, saúde e doenças*, 7(2), 147-164.
- Simões, D., & Meneses, R. (2007). Auto-Conceito em Crianças Com e Sem Obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 246-251.
- Skinner, E., & Zimmer-Gembeck, M. (2007). The Development of Coping. *Annu. Rev. Psychol*, 58:119-144. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085705
- Soares, M. (2011). *Perfeccionismo e comportamentos alimentares*. Coimbra: O autor.
- Sousa, J. (2011). *Obesidade Infanto-Juvenil em Portugal. Associação com os hábitos alimentares, Atividade física e Comportamentos Sedentários dos Adolescentes Escolarizados de Portugal Continental*. Lisboa: Edições Colibri/ Instituto Politécnico de Lisboa.
- Syed, M., & Seiffge-Krenke, I. (2015). Change in ego development, coping, and symptomatology from adolescence to emerging adulthood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 110-119. doi:10.1016/j.appdev.2015.09.003
- Tomaz, R., & Zanini, D. S. (2009). Personalidade e Coping em Pacientes com Transtornos Alimentares e Obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 447-454. doi:10.1590/S0102-79722009000300016
- Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 887-894. doi:10.1016/j.nut.2007.08.008

- van Strien, T., & Ouwens, M. A. (2003). Counterregulation in female obese emotional eaters: Schachter, Goldman, and Gordon's (1968) test of psychosomatic theory revisited. *Eating Behaviors*, 329-340.
- Viana, V., Guerra, P., Coelho, A. M., Almeida, P., Guardiano, M., Vaz, R., & Guimarães, J. (2008b). Caracterização do estilo alimentar de crianças com perturbações alimentares. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9 (2), 233-243.
- Viana, V., Santos, P. L., & Guimarães, M. J. (2008a). Comportamentos e Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: Uma Revisão de Literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9 (2); 209-231.
- Viveiro, C., Brito, S., & Moleiro, P. (2015). Sobrepeso e Obesidade Pediátrica: A Realidade Portuguesa. *Rev Port Saúde Pública*. doi:10.1016/j.rpsp.2015.07.004
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 963-970. doi:10.13072/midss.271
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *Obesity*. Obtido de World Health Organization: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>
- Zambianchi, M. (2015). Time perspective and psychological well-being in old age. *BPA - Applied Psychology Bulletin*, 274, 3-14.
- Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., & Hartmann, A. (2011). Emotion and Eating in Binge Eating Disorder and Obesity. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 426-437. doi:10.1002/erv.1066

# **10. ANEXOS**



## Anexo A

### **Folha de rosto dos questionários**

## Instruções

Estamos interessados em saber o que pensas e como te sentes em relação a alguns aspetos da tua vida. As tuas respostas ajudar-nos-ão a compreender os jovens da tua idade. Para isso, lê atentamente todas as questões e responde aos questionários que se seguem.

Não há respostas certas ou erradas. Deverás escolher a resposta que mais se identifica contigo. A participação no estudo é voluntária, pelo que podes desistir a qualquer momento e não serás, de forma alguma, prejudicado(a). As respostas que irás dar são anónimas e confidenciais e servem apenas para este estudo.

Qualquer dúvida que tenhas, não hesites em pedir esclarecimentos.

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino ☐

Feminino ☐

Altura: \_\_\_\_\_

Peso: (coloca uma cruz (x) no sitio que corresponde ao teu peso atual)

Menos de 35kg ☐ Entre 35 e 39 kg ☐ Entre 40 e 44kg ☐ Entre 45 e 49kg ☐

Entre 50 e 54kg ☐ Entre 55 e 59kg ☐ Entre 60 e 64kg ☐ Entre 65 e 69kg ☐

Entre 70 e 74kg ☐ Entre 75 e 79kg ☐ Entre 80 e 84kg ☐ Entre 85 e 89kg ☐

Entre 90 e 94kg ☐ Entre 95 e 99kg ☐ Entre 100 e 104kg ☐ Entre 105 e 109kg ☐

Entre 110 e 114kg ☐ Entre 115 e 119kg ☐ Entre 120 e 124kg ☐ Entre 125 e 129kg ☐

Entre 130 e 134kg ☐ Entre 135 e 139kg ☐ Entre 140 e 144kg ☐ Mais de 145kg ☐

Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_

Local de aplicação (por ex.: Escola, Casa): \_\_\_\_\_

## Anexo B

### **Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA)**

Apresenta-se a seguir uma lista de frases que representam sentimentos, pensamentos e opiniões que possas ter tido, em relação a ti próprio, durante as últimas semanas (3 a 4 semanas). Assinala, no quadrado respetivo, a frequência com que os tiveste, durante esse período de tempo.

Não há respostas certas nem erradas. Responde com sinceridade, pensando apenas em ti.

Durante as últimas semanas...	Sempre	A maior parte das vezes	Bastantes vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
1. Achei que era capaz de fazer as coisas tão bem como os outros						
2. Tive um/a amigo/a íntimo/a que me compreendeu mesmo						
3. Achei que era capaz de ser suficientemente bom no trabalho escolar						
4. Senti-me triste e desencorajado a ponto de achar que já nada valia a pena						
5. Gostei de mim próprio						
6. Andei irritado						
7. Consegui ver o lado positivo das coisas						
8. Achei que a minha vida sem qualquer interesse						
9. Tive um/a amigo/a a quem pude contar os meus problemas						
10. Gostei das coisas que fazia						
11. Senti-me nervoso, tenso						
12. Senti-me uma pessoa feliz						
13. Estive empenhado nas coisas que fazia						
14. Senti-me ao ponto de explodir						

Durante as últimas semanas...	Sempre	A maior parte das vezes	Bastantes vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
15. Tive colegas ou amigos com quem pude passar os meus tempos livres						
16. Achei que nada aconteceu como esperava						
17. Tive dores de cabeça						
18. Achei que era capaz de resolver os meus problemas do dia-a-dia						
19. Achei que tinha alguém com quem desabafar						
20. Senti-me ansioso, preocupado						
21. Achei que não tinha nada a esperar no futuro						
22. Achei que não era capaz de fazer nada bem feito						
23. Senti dificuldade em me acalmar						
24. Aconteceram na minha vida coisas que gostei						
25. Achei que tinha alguém verdadeiramente meu amigo						
26. Senti-me tão em baixo que nada me conseguiu animar						
27. Achei que era capaz de resolver os problemas que tive com amigos						
28. Tive colegas ou amigos com quem gostei de estar						

Anexo C

## **Brief COPE**

As questões seguintes focam-se no modo como as pessoas *lidam com os problemas da vida*. Há muitas maneiras para tentar lidar com os problemas. Estes itens questionam o que fizeste para lidar com este problema. Obviamente, diferentes pessoas lidam com as coisas de modo diferente, mas estamos interessados no modo como tu tentaste lidar com este problema. Cada item expressa um modo particular de lidar com o problema. Queremos saber em que extensão fizeste aquilo que o item diz. Não respondas com base no que te pareceu ter sido eficaz ou não - mas se fizeste ou não isso. Tenta, em pensamento, classificar cada item separadamente dos outros. Responde como foi *para ti* com o máximo de verdade.

Não há respostas certas nem erradas. Responde com sinceridade, pensando em ti.

	Nunca faço isto	Faço isto por vezes	Em média é isto que faço	Faço quase sempre isto
1. Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação				
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3. Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”				
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5. Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6. Simplesmente desisto de tentar lidar com isso				
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo.				
9. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos				
10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.				
11. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				
12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
13. Faço críticas a mim próprio				

	Nunca faço isto	Faço isto por vezes	Em média é isto que faço	Faço quase sempre isto
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
15. Procuro o conforto e compreensão de alguém				
16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar ou ir às compras				
20. Tento aceitar as coisas tal como elas estão a acontecer				
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento				
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
24. Tento aprender a viver com a situação				
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação				
26. Culpo-me pelo que está a acontecer				
27. Tenho rezado ou meditado				
28. Enfrento a situação com sentido de humor				



## Anexo D

### **Folha de consentimento informado para os Encarregados de Educação**

### Pedido de Participação em Investigação

Caro Exmo(a) Sr(a) Encarregado de Educação,

Vimos por este meio solicitar a participação do seu educando(a) num projeto de investigação no âmbito do mestrado integrado em psicologia, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, realizado por Marta Rosa com a coordenação da Professora Doutora Luísa Bizarro. A dissertação de mestrado tem como tema “Bem-estar Psicológico e Estilos de Coping em adolescentes com e sem Obesidade”, sendo que o objetivo desta investigação será o de compreender o bem-estar psicológico dos jovens, bem como perceber quais são os estilos de lidar com situações stressantes que os adolescentes mais utilizam, e se haverá alguma discrepância destes valores entre os adolescentes com um peso considerado normal e os que têm obesidade. Neste sentido, gostaria de pedir a colaboração do seu educando, no preenchimento de 2 questionários com duração aproximada de 10 a 15 min, numa única sessão. A participação no estudo é voluntária, pelo que o seu educando(a) poderá sair do estudo a qualquer momento e não será, de forma alguma, prejudicado(a). A informação facultada no questionário destina-se apenas a fins de investigação académica, sendo completamente confidencial. Para qualquer esclarecimento adicional ou se desejar conhecer os resultados da presente investigação, que será realizada em linguagem não técnica, poderá contactar a investigadora através do seguinte endereço de e-mail: [martaafc\\_rosa@hotmail.com](mailto:martaafc_rosa@hotmail.com). Desde já agradeço a vossa atenção e preciosa colaboração.

A aluna de mestrado,

A orientadora,

---

Marta Rosa

---

Professora Doutora Luísa Bizarro

---

Eu, encarregado de educação de \_\_\_\_\_ (nome do aluno) declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo e compreendo que participação do meu educando é estritamente voluntária, anónima e confidencial. Li e compreendi o conteúdo presente neste consentimento, fui esclarecido (a) em todos os aspetos que considero importantes e autorizo a participação nesta investigação.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

(Assinatura do Encarregado de Educação)